

ANNÉE 1908

THÈSE

No

POUR

Présentée et soutenue le 13 février 1908, à 1 heure

PAR

M. ANTOINE LATAPIE

ÉTATS MÉLANCOLIQUES

ET

ÉTATS INFECTIEUX CHRONIQUES ET LATENTS

D'ORIGINE CHIRURGICALE

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges..... } MM. THOINOT, professeur.
CLAUDE }
BALHAZARD } agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1908

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen M. LANDOUZY.
Professeurs MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	DEJERINE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	QUENU.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	GILBERT BALLEL.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchement	PINARD.
	BAR.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN.

Agrégés en exercices :

MM. AUVRAY.	MM. CUNÉO	MM. LAUNOIS	MM. NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON(F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, <i>Chef</i>
CARNOT	JEANSELME	MARION	<i>des trav. anat.</i>
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ÉTATS MÉLANCOLIQUES

ET

ÉTATS INFECTIEUX CHRONIQUES ET LATENTS

D'ORIGINE CHIRURGICALE

AVANT-PROPOS

Si, depuis l'antiquité, les aliénistes ont remarqué que certaines affections mentales s'accompagnent de troubles de la santé physique, ils n'en ont pas moins ignoré, pendant longtemps, la nature et l'intimité du rapport qui peut unir les deux états.

L'examen, peut-être plus complet, en tout cas mieux interprété du malade, les travaux de laboratoire avec les données de l'expérimentation et des examens anatomo-pathologiques, devaient permettre à l'époque moderne de mieux saisir les liens qui rattachent souvent les troubles de l'esprit aux lésions du corps et d'instituer enfin une thérapeutique rationnelle conforme aux véritables intérêts du malade.

C'est ainsi que les troubles délirants relevant de l'insuffisance hépatique ou rénale, confirmée par l'examen approfondi des fonctions du foie ou du rein, ont pu recueillir du traitement approprié du trouble organique les meilleurs effets.

Aux relations des psychoses avec les affections médicales viennent aujourd'hui s'ajouter, peu à peu, les rapports des troubles mentaux et des affections chirurgicales. A notre maître, M. le Dr Picqué, chirurgien des hôpitaux et chirurgien en chef des asiles de la Seine, revient tout entier le grand mérite d'être parvenu à bien prouver et à préciser les nombreux bénéfices que les aliénés peuvent désormais retirer d'une intervention chirurgicale opportune.

Étudiant les délires *post-partum*, qui devaient fournir le sujet de la thèse de son élève Privat de Fortunié, M. Picqué fut frappé de la fréquence de la mélancolie dans l'infection chronique consécutive à l'accouchement.

Depuis l'époque où parut la thèse de Privat, l'opinion de M. Picqué s'est trouvée non seulement confirmée, mais encore étendue par les différents cas d'infection chronique latente qu'il a pu observer dans son Pavillon de chirurgie de l'asile Sainte-Anne.

C'est l'étude de ces nouveaux cas d'infection chirurgicale en relation avec des états mélancoliques qui nous a été proposée par M. Picqué pour faire l'objet de notre thèse. Nous ajouterons toutefois à ces observations récentes recueillies au Pavillon de chirurgie celles qui, déjà publiées dans la thèse de Privat et dans celle plus récente d'un de ses internes de l'asile de Bailleul, le Dr Verhæghe, rapportent aussi des cas d'états mélancoliques liés à des infections chroniques chirurgicales.

Avant de terminer nos études médicales, il est pour nous un devoir bien agréable à remplir, c'est celui d'exprimer notre gratitude à nos maîtres dans les hôpitaux et dans les asiles pour tout ce qu'ils ont fait pour nous. Depuis le début de nos études, M. Picqué n'a cessé de nous prodiguer ses conseils, ses encouragements en même temps que toutes les marques de sympathie ; c'est encore à lui que nous devons l'idée et les données de ce travail. Nous le prions de croire à notre vive reconnaissance et à notre complet attachement.

Nos remerciements iront encore à nos maîtres des hôpitaux qui s'appliquèrent à nous apprendre les premiers éléments de la clinique, au regretté Dr Merklen, au Dr Comby, aux professeurs Le Dentu et Marion, au regretté professeur Budin.

Nous n'oublierons jamais le bon accueil et le précieux enseignement psychiatrique que nous avons trouvés auprès de M. le Dr Boudrie, médecin en chef à l'asile de Maison Blanche, de même qu'auprès de M. le Dr Legras et de M. le professeur Dupré, médecins à l'infirmerie spéciale près le Dépôt.

M. le professeur Joffroy nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions de croire à notre vive reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

LES TROUBLES PHYSIQUES DANS LA MÉLANCOLIE EN GÉNÉRAL. —
RELATIONS ÉTROITES ÉTABLIES ENTRE LA MÉLANCOLIE ET CER-
TAINS ÉTATS ORGANIQUES DANS L'HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE. —
RAPPORTS QUI DOIVENT EXISTER ENTRE L'INFECTION CHRONIQUE
CHIRURGICALE ET CERTAINS ÉTATS MÉLANCOLIQUES.

I

Comme le disait dernièrement M. le Dr Masselon (1), médecin-adjoint à l'asile de Clermont (Oise), dans son intéressant ouvrage sur la mélancolie, « il n'est peut-être pas de psychose où les troubles somatiques soient aussi accentués que dans celle-ci ». Les troubles de la santé physique sont en effet tellement évidents dans la mélancolie, ils se superposent si souvent et d'une façon si étroite aux troubles mentaux, que de tout temps les aliénistes leur firent une large part dans le chapitre symptomatique de cette affection mentale. « Le mélancolique, au début, voit s'altérer sa constitution physique, il est soumis à des causes déprimantes de toute espèce, il ressent des phénomènes pénibles dans tout son individu », disent Vallon et Marie (2); « il existe dans la mélancolie des signes somatiques aussi importants que les symptômes psychiques », déclare Capgras dans sa thèse (3).

Une fonction organique peut être, dans la mélancolie, altérée d'une façon prédominante; dans bien des cas, les troubles physiques atteignent, à des degrés divers cependant, tous les appareils et principaux organes de l'économie, et la souffrance de l'être physique tout entier, qui se traduit extérieurement par l'aspect même du malade, son attitude affaissée, son visage triste, le laisser aller de tout son corps, n'a d'égale que sa souffrance psychique.

(1) MASSELON, *La Mélancolie*, 1906, p. 258.

(2) CH. VALLON et A. MARIE, Le délire mélancolique. *Archives de Neurologie*, mai 1898, vol. V.

(3) CAPGRAS, Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'invololution présénile. *Thèse*, Paris, 1900, p. 92.

L'examen clinique du malade révèle les modifications survenues dans sa santé physique.

Des troubles circulatoires apparaissent fréquemment chez le mélancolique ; c'est ainsi qu'on peut constater du ralentissement du pouls, tombant à trente et même à vingt-cinq pulsations, de l'hypotension artérielle, de la cyanose, de l'œdème ou du refroidissement des extrémités en relation avec la lenteur de la circulation.

La respiration devient superficielle, lente, et présente parfois une inversion du rythme normal, consistant dans une expiration plus longue que l'inspiration.

Les troubles digestifs, qui ont parfois ouvert la scène, acquièrent en général une importance toute particulière. D'après Bettencourt-Rodriguez (1), de Lisbonne, « il ne se trouve peut-être pas une seule observation de lypémanie où ne soient consignés des troubles des fonctions digestives ». La langue devient saburrale, les lèvres se couvrent de fuliginosités, l'haleine exhale une odeur fétide. La constipation, habituelle, peut être due à une diminution des sécrétions des glandes de l'intestin ou à l'atonie de ses parois. On a signalé des altérations du chimisme stomacal, consistant en hypopepsie avec diminution de l'acide chlorhydrique dans les formes stupides de la mélancolie, en hyperpepsie avec augmentation de l'acidité dans la mélancolie anxieuse.

L'appétit est d'ailleurs toujours diminué, et le refus d'aliments, symptôme fréquent de l'affection, en aggrave singulièrement le pronostic.

L'amaigrissement apparaît et augmente tant que persistent les divers troubles qui l'engendrent ; la déperdition des forces physiques se précipite, l'insomnie ne fait jamais défaut.

La peau peut devenir jaunâtre, écailleuse, les cheveux tomber ou parfois blanchir. On a signalé, chez le mélancolique, la diminution des sécrétions dont certaines, telles que la sécrétion sudorale, exhalent une odeur infecte.

Chez la femme mélancolique l'aménorrhée est fréquente et la réapparition des règles est souvent le signal d'une aggravation dans les troubles mentaux.

On a vu des éruptions eczémateuses ou herpétiques s'installer

(1) BETTENCOURT-RODRIGUEZ, de Lisbonne, Congrès international de médecine mentale, Paris, 1889. De l'influence des phénomènes d'auto-intoxication et de la dilatation de l'estomac dans les formes dépressives et mélancoliques.

sur les téguments du mélancolique, dont les muscles atrophiés subissent même parfois une dégénérescence complète.

Des troubles sensitifs peuvent se joindre à cet ensemble symptomatique déjà si riche, consistant soit en insensibilité à la température et à la douleur, soit en hyperacousie, soit enfin en diminution ou en perversion du pouvoir gustatif.

La fréquence des troubles physiques dans la mélancolie devait forcément attirer l'attention des auteurs et leur suggérer l'étude du rapport des deux ordres de symptômes. Les troubles physiques et les troubles mentaux devaient-ils être envisagés comme étant absolument indépendants ? Les troubles physiques, au contraire, ne pouvaient-ils expliquer, en partie, tout au moins, les troubles mentaux, et être considérés pour ces derniers comme une cause d'aggravation ? Devait-on enfin admettre que, dans certains cas, l'affection mentale était de toute pièce créée par le trouble fonctionnel d'un organe engendrant la mélancolie ?

Ces diverses questions ont été diversement résolues suivant les auteurs et suivant les époques. Nous allons rappeler, dans un court exposé d'histoire, les diverses affections organiques, d'ordre médical ou chirurgical, auxquelles les médecins aliénistes ont fait jouer un rôle dans l'étiologie de la mélancolie. Après avoir ensuite admis que le syndrome mélancolique peut être engendré par de nombreux troubles somatiques, nous établirons par l'étude de nos observations, que les infections chroniques et latentes chirurgicales peuvent à leur tour entraîner, chez les prédisposés, l'apparition d'états mélancoliques susceptibles de bénéficier largement des services de la chirurgie.

II

Il faut remonter aux temps les plus anciens de l'histoire de la psychiatrie pour voir attribuer l'origine de la mélancolie à un état organique pathologique. On sait « depuis Hippocrate, disaient Régis et Chevalier Lavaure dans leur remarquable rapport du congrès de la Rochelle (1), que les affections locales fonctionnelles ou organiques des divers appareils, peuvent réagir sur le cerveau de façon à produire la folie, et que cette folie, appelée pour ce motif sympathique, revêtait le plus souvent le caractère de la mélancolie ».

(1) RÉGIS et CHEVALIER-LAURE, Congrès annuel de médecine mentale tenu à la Rochelle, 1893, p. 78. Des auto-intoxications dans les maladies mentales.

colie ». « In melancholicis stomachus, in fusioris vero caput afficitur » (Cœlius Aurelianus). Hippocrate (1), à qui la mélancolie doit son nom, ne l'appela ainsi que parce qu'il l'attribuait à l'altération de la bile (μελας, noir, χολη, bile).

Après la longue période du moyen âge, où les mélancoliques, comme tous les aliénés, furent considérés comme de simples possédés du démon, la théorie d'Hippocrate devait revenir en honneur avec Vieussens (2) qui fit dériver « la mélancolie d'une altération atrabiliaire du sang changeant le tempérament du cerveau ».

Depuis le XVII^e siècle, la recherche des troubles organiques en relations étiologiques avec la mélancolie ne cesse de préoccuper les différents auteurs qui étudient cette affection mentale.

Flemyng fait dépendre la mélancolie « de l'action des humeurs impures sur le sang ».

Pour Théodore Bonet (3) qui décrit les altérations de l'appareil digestif dans la mélancolie, et rapporta l'observation de ce campagnard hypocondriaque s'imaginant avoir un crapaud dans l'estomac, dont l'autopsie révéla un squirrhe de l'estomac, la mélancolie reconnaît une origine réflexe.

« Guislain, en 1826, rapporte, d'après Scipion Pinel, l'observation d'un homme de lettres devenu hypocondriaque et mélancolique et chez lequel « le foie était d'un grand volume, renfermait des squirrhes et des parties lardacées, la vésicule du fiel contenait une petite quantité de bile rougeâtre » (4).

En 1838, Esquirol jugeant que « la mélancolie ne dépend pas toujours de la bile » propose de remplacer son nom par celui de monomanie (délire partiel) et de lypémanie (délire triste), ce dernier mot devant surtout désigner la mélancolie des anciens. Si la lypémanie n'a pu détrôner l'ancienne mélancolie, il reste tout au moins à Esquirol le grand mérite d'avoir entrevu le rôle important que des affections organiques peuvent jouer dans l'étiologie de la mélancolie ; « que de mélancolies qui reconnaissent pour causes des maladies chroniques, particulièrement des lésions des viscères abdominaux ! » dit-il dans son traité : Des maladies mentales (5)... Et il rapporte l'observation de « ce négociant qui était

(1) HIPPOCRATE, Œuvres complètes, traduction franç. Ed. Littré, 1839 à 1853.

(2) VIEUSSENS, Œuvres complètes, t. III.

(3) THÉODORE BONET, *Sepulchretum sive anatomia pratice* (1700).

(4) JUQUÉLIER, Contribution à l'étude des délires par auto-intoxication. Thèse de Paris 1093, p. 7.

(5) ESQUIROL, *Traité des maladies mentales*, 1838, p. 436 et 465.

tombé dans une mélancolie profonde avec refus de prendre des aliments, et avec tentative de suicide, assurant qu'un corps étranger s'était arrêté dans son gosier et l'empêchait d'avalier. Ses parents avaient la certitude qu'il n'avait rien pris qui pût causer l'inflammation de la gorge... Après trois mois, il tomba dans le marasme et mourut. A l'ouverture du cadavre je trouvai un ulcère occupant le tiers supérieur de l'œsophage ».

Esquirol signale encore le rôle dans la mélancolie des péritonites chroniques, de la gangrène du côlon transverse et il avoue combien on est frappé, « en comparant les résultats des ouvertures cadavériques des mélancoliques avec ceux qu'on observe sur les cadavres des autres aliénés, de la fréquence des altérations abdominales chez les mélancoliques ».

C'est en insistant ainsi sur la fréquence des affections organiques dans la mélancolie qu'Esquirol devait être le digne précurseur de Loiseau et d'Asam (1) qui, sous le nom de folie sympathique, décrivirent vers 1857 les troubles mentaux en rapport avec des affections viscérales, évoluant parallèlement avec elles, et le plus souvent de nature triste.

Régis (2), traitant en 1883 de la folie sympathique, dans le dictionnaire Dechambre, admet à son tour que les affections organiques s'accompagnent fréquemment de mélancolie et que si l'on ne peut partager dans leur entier « les idées des anciens, qui plaçaient le siège de la mélancolie dans les viscères abdominaux, ou l'opinion d'Hammond (de New-York) qui conseille de pratiquer la ponction du foie dans tous les cas de lypémanie, sûr qu'on est de trouver un abcès de cet organe, on ne peut s'empêcher d'avouer qu'il y a quelque chose de vrai dans cette conception étiologique de la mélancolie et que la folie sympathique est le plus souvent de nature triste ».

Les partisans de la folie sympathique eurent ainsi le grand mérite de soutenir l'influence des troubles physiques sur la folie en général et sur la mélancolie en particulier.

Il allait appartenir aux auteurs modernes, profitant des remarquables travaux de Bouchard et de son école sur l'infection et les auto-intoxications, de pouvoir établir d'une façon précise et

(1) LOISEAU, Folie sympathique. *Thèse*, Paris, 1856.

AZAM, De la folie sympathique provoquée ou entretenue par les lésions organiques de l'utérus et de ses annexes. *Thèse*, Bordeaux, 1858.

(2) RÉGIS, Article « Folie sympathique » dans *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Dechambre, 1883, p. 692.

rationnelle les relations entre les troubles physiques et les troubles mentaux et d'éclairer aussi d'un jour nouveau l'influence de certaines lésions organiques sur la mélancolie.

Les relations intimes de certains troubles de la santé physique et de l'état dépressif des facultés mentales n'avaient pas d'ailleurs échappé à l'observation remarquable de Bouchard : « On constate, dit-il, chez les individus qui présentent les signes physiques de la dilatation de l'estomac, soit la phthisie, la chlorose, des accidents nerveux hypocondriaques. On voit des hommes sans énergie qui se présentent à l'hôpital parce qu'ils ne peuvent plus travailler à cause d'une débilité physique et morale (1). »

C'est ainsi que Bouchard décrivait l'effet désastreux de certaines affections chroniques, telles la dilatation de l'estomac, sur l'état mental du malade qui devient déprimé, triste, hypocondriaque, et dont le découragement engendre même parfois des idées de suicide.

En 1889, Bettencourt-Rodriguez (2), de Lisbonne, publie au congrès international de médecine mentale de Paris, un rapport sur l'influence des phénomènes d'auto-intoxication et de la dilatation de l'estomac dans les formes dépressives et mélancoliques ; et, pour cet auteur, « au nombre des causes prochaines, immédiates de la folie, on doit accorder une place importante aux phénomènes d'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, surtout dans les formes *dépressives et mélancoliques* ».

A l'appui de son opinion, Bettencourt rapporte l'observation de trois mélancoliques avec dilatation de l'estomac, dont les troubles de la santé générale comme ceux de l'état psychique disparurent complètement « avec le traitement antiseptique et la dépuration organique au moyen des purgatifs. »

Devant la fréquence de ces troubles gastro-intestinaux chez certains aliénés mélancoliques et déprimés, Bettencourt se demandait si « dans plusieurs cas, on peut considérer le mauvais fonctionnement des voies digestives comme la vraie cause de la folie... Après les recherches et les travaux si remarquables de M. le professeur Bouchard sur les auto-intoxications d'origine gastro-intestinale cette simple hypothèse trouverait, disait-il, un appui qui ne

(1) BOUCHARD, *Auto-intoxications passagères ou aiguës d'origine intestinale*, p. 148.

(2) BETTENCOURT-RODRIGUEZ, de Lisbonne, Congrès international de médecine mentale. Paris, 1889.

De l'influence des phénomènes d'auto-intoxication et de la dilatation de l'estomac dans les formes dépressives et mélancoliques.

serait pas en contradiction avec l'observation des malades... Et je ne crois pas, dit-il encore, que la relation de cause à effet soit difficile à établir, car pour cela nous avons le traitement .. » (1).

Depuis que Bettencourt-Rodriguez eut décrit le rôle que jouent fréquemment certaines affections gastro-intestinales, telles que la dilatation de l'estomac, dans la mélancolie, bien des auteurs ont insisté sur les différents troubles intestinaux en relations étiologiques avec cette affection mentale. On admit tour à tour le rôle de la constipation (2), celui de l'entéro-colite, et l'amélioration simultanée du trouble somatique et de l'état psychique ne manqua jamais d'être signalée.

La mélancolie fut également signalée comme pouvant dépendre de certains états diathésiques. Déjà en 1877, Legrand du Saulle décrivait la mélancolie avec idées de suicide dans la goutte et le diabète (3). Dans son ouvrage sur les maladies cérébrales I. Cotard (4) rapporte également l'observation d'un jeune homme d'une trentaine d'années qui présenta des idées mélancoliques jointes à des idées de défiance et de persécution et dont l'état physique devint progressivement mauvais. Il devint pâle et très amaigri; les aliments qu'il absorbait ne pouvaient arriver à lui redonner son aspect normal, quand le sucre fut enfin découvert dans ses urines. Le malade fut mis à un régime spécial qui amena aussitôt une amélioration rapide tant au point de vue physique qu'au point de vue mental. Le malade put quitter la maison de santé pour passer une saison à Vichy où son état continua à être satisfaisant.

La mélancolie peut survenir dans la période post-fébrile d'une maladie infectieuse, traduisant alors la fatigue et la dépression générale de l'organisme consécutives à une longue intoxication. C'est ainsi que Kirm (5), cité par Régis, étudiant, en 1891, les psychoses d'origine influensique, mentionne comme psychose du stade post-fébrile la *mélancolie*, se présentant ordinairement avec tendance au suicide, stupeur, refus de nourriture, symptômes cataleptiques, hallucinations et délire terrifiants, insomnie, affai-

(1) BETTENCOURT-RODRIGUEZ, de Lisbonne, Congrès de Paris, 1869, déjà cité.

(2) FEYAT, De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque. Étude de pathologie nerveuse et mentale. Thèse de Lyon, 1890.

(3) In *Gazette des hôpitaux*, 1877.

(4) J. COTARD, *Maladies cérébrales*, 1891. Aliénation mentale et diabète, p. 305.

(5) KIRM, Psychoses d'origine influensique. *Allgemeine Zeitsch. f. Psychiatrie*, 1891.

blissement de la nutrition et se terminant d'habitude au bout de 6 à 8 semaines par la guérison.

Chatenet (1), dans sa thèse, conclut que la forme la plus fréquente d'aliénation mentale ayant pour cause une maladie de l'appareil génital, est la mélancolie, dont on peut observer les diverses variétés, mélancolie simple, dépressive ou anxieuse.

Le congrès de la Rochelle, en 1893, établit définitivement le rôle joué par les infections et les auto-intoxications en médecine mentale, et les différents rapports de ce congrès mentionnent tous l'origine auto-toxique ou infectieuse fréquente de la mélancolie. « Le rôle des intoxications dans la genèse des maladies mentales domine la psychiatrie presque tout entière, déclarent Gilbert Ballet, Bordas et Roubinovitch (2). Il est évident dans les psychoses dues à l'action d'un poison externe, comme l'alcool, il nous apparaît comme non douteux dans la production des vésanies consécutives aux fièvres, aux lésions du rein ou du foie, aux infections de divers ordres; enfin il semble intervenir dans la détermination des psychoses en apparence les plus autonomes, la manie, la mélancolie. »

M. Legrain (3), médecin en chef à l'asile de Ville-Évrard, décrivant les signes cliniques des folies par auto-intoxication, déclare que, si pendant longtemps on a placé les désordres physiques sous la dépendance des troubles mentaux, admis ensuite que chez certains malades, tels que les mélancoliques, les troubles digestifs, tout en paraissant être d'abord sous la dépendance de la psychonévrose, pourraient bien réagir à leur tour sur cette dernière et devenir une des causes de son entretien, l'idée qu'une affection mentale peut être fonction d'une intoxication de l'organisme, ne doit pas être rejetée.

Enfin le remarquable rapport de Régis et de Chevalier-Lavaure (4) au même Congrès, met définitivement au point le rôle joué par les auto-intoxications dans les psychoses et laisse pressentir l'influence que les infections, c'est-à-dire les intoxications venues du

(1) ADRIEN CHATENET, De la mélancolie dans ses rapports avec les maladies utérines, Thèse de Paris, juin 1893.

(2) *Contribution à l'étude des auto-intoxications dans les maladies mentales*, par MM. GILBERT BALLET, BORDAS et ROUBINOVITCH. Congrès annuel de médecine mentale, La Rochelle, 1893.

(3) *Signes cliniques des folies par auto-intoxication*, par M. le Dr LEGRAIN, Congrès de la Rochelle, 1893.

(4) *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*, E. RÉGIS et CHEVALIER-LAURE, Congrès de la Rochelle, 1893.

dehors par le fait de maladies à caractères infectieux (exclusion faite des intoxications produites par des substances toxiques telles que l'alcool, la morphine, etc.), doivent exercer sur la mélancolie. — KRAFFT-EBING (1), en 1897, dans son traité de psychiatrie, signale l'influence que peut exercer le catarrhe chronique de l'estomac sur la mélancolie, et ses observations mettent encore une fois de plus en évidence l'amélioration simultanée de l'état mental et du trouble organique.

Les troubles psychiques apparaissant dans la cachexie carcinomateuse revêtent fréquemment pour ELZHOIZ (2) le caractère dépressif, anxieux, avec fréquence d'idées de suicide, et peuvent être dus, pour cet auteur, en l'absence de tout antécédent névropathique constaté, à une intoxication par le poison cancéreux.

La lèpre, elle-même, peut être accompagnée d'un état mélancolique ainsi que le font ressortir les observations rapportées par ASHMEAD (3), en 1898, dans le vol. XIX de *The alienist and neurologist*.

La blennorrhagie entraîne chez certains sujets une dépression mentale avec apathie, découragement, mutisme, et un auteur italien, FRANCESCO CAPPELLA (4), cite le cas d'un individu qui, atteint de quatre blennorrhagies, présentait, lors de chacune d'elles, un état d'apathie, de confusion mentale avec mutisme, état mental qui s'améliora rapidement en même temps que l'état physique.

Mais les affections organiques, dont les rapports avec la mélancolie ont peut-être été le mieux établis de nos jours, sont les maladies du foie. Nous avons déjà rappelé l'importance que les anciens aliénistes attribuaient aux altérations biliaires dans la mélancolie. Notre époque devait revenir, en partie, aux conceptions anciennes, mais en établissant sur des bases plus solides et sur les données de l'expérimentation, les rapports du trouble de la cellule hépatique et du trouble cérébral.

Dès 1880, HAMMOND rapporte des cas de mélancolie, en relation avec des abcès du foie, qui guérissent en même temps que les abcès. Le professeur JOFFROY attire l'attention sur l'importance des modifications hépatiques dans la mélancolie, qui s'accompagne si

(1) KRAFFT-EBING, *Traité de Psychiatrie* (1897), p. 357 et 363.

(2) A. ELZHOIZ, Les psychoses dans la cachexie carcinomateuse. *Jahrbücher für Psychiatrie*, vol. XVII, p. 144, 1898.

(3) Mélancolie dans la lèpre, par ASHMEAD. *The alienist and neurologist*, juillet 1898, vol. XIX, p. 431.

(4) Contribution aux psychopathies blennorrhagiques, par FRANCESCO CAPPELLA. *Riforma medica*, an. XVII, vol. II, p. 39, 5 avril 1900.

fréquemment de lésions de cet organe. M. Vigouroux, médecin en chef à l'asile de Vacluse, et son élève Juquelier communiquent plusieurs observations d'insuffisance hépatique entraînant des troubles mentaux caractérisés par des idées mélancoliques, de la dépression, parfois des idées de suicide. Ces observations sont publiées dans la thèse inaugurale de Juquelier « sur les délires dans les auto-intoxications (1) » et démontrent, d'une façon irréfutable, les relations fréquentes des troubles psychiques et des troubles de la fonction hépatique, le délire apparaissant avec les symptômes d'insuffisance du foie, subissant une amélioration par le traitement approprié de l'affection organique et guérissant enfin avec elle, mais aussi réapparaissant avec les accidents hépatiques.

On trouve encore dans la thèse de Juquelier, l'observation de plusieurs malades ayant présenté des préoccupations hypochondriaques avec idées et dépression mélancoliques en relation avec des signes d'insuffisance rénale et à évolution parallèle (2).

Plus récemment, Gilbert, Lereboullet et Cololian (3), s'appuyant sur la fréquence des antécédents biliaires chez les mélancoliques autant que sur la coexistence des symptômes et signes physiques de la cholémie et de la mélancolie, donnent à la mélancolie une origine biliaire. — C'est également une part importante que les plus récents traités de psychiatrie attribuent aux affections hépatiques dans l'étiologie de la mélancolie.

« Parmi les troubles psychiques élémentaires, en dehors des modifications du caractère, liés aux affections hépatiques, déclare dans son traité de psychiatrie le professeur Régis (4), il faut citer tout d'abord la tendance à la tristesse, à la mélancolie. Cette tendance est plus spéciale aux malades à ictères, en particulier à l'ictère catarrhal, à la lithiase biliaire, à toute obstruction chronique du foie. Les malades perdent leur gaieté, ils deviennent tristes, indifférents, incapables de tout travail, ils manifestent du dégoût de la vie avec des idées de ruine pouvant les conduire à une tentative de suicide, ou bien ils sont obsédés par des idées fixes. L'ictère passé, souvent tout rentre dans l'ordre, parfois jusqu'au prochain ictère qui ramène le nouvel accès. »

(1) Contribution à l'étude des délires par auto-intoxication, par le Dr JQUELIER. Thèse de Paris, 1903, obs. VII (V et I), obs. IX (V et I).

(2) Contribution à l'étude des Délires par auto-intoxication, par le Dr. JQUELIER. Déjà cité.

(3) GILBERT, LEREBoullet et COLOLIAN, *Origine biliaire de la mélancolie*, 1904.

(4) RÉGIS, *Précis de Psychiatrie*, 1906, chapitre Psychopathies et auto-intoxications, p. 504, 510, 512.

Pour Régis « l'accès mélancolique d'origine hépatique ressemble à celui d'origine gastrique, ce qui ne saurait surprendre puisqu'il s'agit souvent d'intoxication gastro-hépatique (p. 512)... Les auto-intoxications chroniques diverses réalisées, par exemple, par les dyspepsies, le cancer de l'estomac, etc., s'accompagnent aussi très fréquemment de mélancolie dépressive, anxieuse ou consciente, sans aucun délire ou avec idées prédominantes d'hypocondrie, de ruine, de découragement, de culpabilité, de défiance et d'empoisonnement, inquiétude très grande, insomnie, refus d'aliments, tendance plus ou moins marquée au suicide; le tout coïncidant avec des perturbations fonctionnelles évidentes de l'appareil digestif » (p. 504 — Régis).

Régis ne réduit pas d'ailleurs aux affections hépatiques et aux auto-intoxications gastro-intestinales, l'origine somatique de la mélancolie, qui, selon lui, peut dépendre de toutes les affections viscérales et, d'une façon générale, de toutes les causes débilantes.

De son côté, Gilbert Ballet admet, dans son *Traité de Pathologie mentale*, comme causes occasionnelles de la mélancolie, les maladies longues et anémiantes, les affections du tube digestif, du foie et du rein, des organes génito-urinaires, le diabète, etc. — D'autres infections chroniques médicales et parmi elles la tuberculose « qui est, parmi les maladies infectieuses, une de celles sur lesquelles se développe le plus fréquemment la mélancolie (1) » paraissent avoir un rôle étiologique qui est parfois particulièrement actif.

L'exposé rapide que nous venons de faire des nombreux troubles organiques invoqués, à travers l'histoire de la médecine mentale, pour expliquer l'origine de la mélancolie, prouve bien que les affections somatiques les plus diverses ont pu être reconnues comme causes de cette affection mentale.

Déjà en 1861, dit Masselon (2), « J. Falret dans une discussion à la Société médico-psychologique, montrait combien les mélancoliques, malgré leurs ressemblances apparentes, diffèrent profondément les uns des autres », et il en concluait « que l'on réunissait des états très distincts, sans tenir aucun compte de leur marche et de leur évolution.

« La mélancolie s'est dissociée depuis cette époque. Aussi M. Ball pouvait-il soutenir que les mélancolies reconnaissent les

(1) MASSELON, *La Mélancolie*, p. 254.

(2) MASSELON, *Id.*, p. 16 et 17.

origines les plus diverses et participent à l'expression symptomatique d'un grand nombre de maladies différentes. »

Aujourd'hui, si certains auteurs admettent une mélancolie, entité morbide, la plupart des aliénistes et parmi eux le professeur Joffroy, déclarent que la mélancolie n'est qu'un syndrome apparaissant au cours d'affections organiques plus ou moins déterminées, « expression psychique d'un trouble somatique plus profond ».

Masselon (1) partage l'avis du professeur Joffroy et après avoir passé en revue les diverses affections, maladies infectieuses, accouchement, ménopause, puberté, goutte, diabète, affections du foie, au cours desquelles apparaît la mélancolie, il arrive aux conclusions suivantes : c'est « qu'il n'est pas de maladie somatique sur laquelle ne puisse se greffer la psychose... la mélancolie n'étant pas plus fonction de l'évolution sénile que de la tuberculose, de la puerpéralité ou de toute autre affection déterminée, mais étant le résultat de deux facteurs principaux : un cerveau prédisposé et un état organique réalisé à la suite des causes les plus diverses... » et qu'en conséquence il ne faut voir « dans les cas de mélancolie que des états mélancoliques, dont les uns se ramènent facilement à des groupes morbides bien déterminés, et dont les autres restent encore isolés ».

La mélancolie pourrait ainsi se réduire à des états mélancoliques liés à des affections organiques diverses : c'est dans les infections chroniques et latentes chirurgicales que nous nous proposons d'étudier quelques-uns de ces états.

III

Si les rapports de la mélancolie et de certaines affections organiques, telles que la dilatation de l'estomac, les troubles de la fonction hépatique, etc., ont été, de nos jours, suffisamment mis en lumière pour que l'on doive rechercher systématiquement dans ces organes la cause possible d'un accès de mélancolie, les relations de la mélancolie et des infections chroniques chirurgicales ont été, au contraire, très rarement mentionnées.

Seuls, ou à peu près seuls, les auteurs qui ont étudié les psychoses puerpérales et leurs différentes formes, ont signalé la fréquence des états mélancoliques dans les infections chroniques des

(1) MASSELON, *La Mélancolie*, 1906, p. 252, 258 et 263.

organes génitaux de la femme. Tandis que l'infection aiguë détermine en général, dans l'état mental de la nouvelle accouchée prédisposée, de l'excitation maniaque, l'infection chronique entraîne le plus souvent, dans les mêmes conditions, un état mélancolique.

Les observations de folie puerpérale de la thèse de Privat de Fortunié (1) (la folie puerpérale proprement dite relevant de l'infection chronique, tandis que les délires de la septicémie puerpérale dépendent de l'infection aiguë), rapportent de nombreux cas d'états mélancoliques intimement liés à des lésions infectieuses génitales. Nous emprunterons à la thèse de Privat celles de ses observations qui rentrent dans notre sujet.

Dupoüy (2) admet à son tour « que si les formes aiguës se caractérisent par de la confusion mentale hallucinatoire aiguë avec excitation, les formes chroniques de l'infection puerpérale présentent le type de la dépression mélancolique, de la confusion mentale avec stupeur ».

Déjà en 1893, Régis et Chevalier-Lavaure avaient pressenti les rapports de la mélancolie et des infections chroniques chirurgicales en général; « au point de vue clinique, disent-ils dans leur rapport du Congrès de la Rochelle, les psychoses viscérales ne présentent peut-être pas des caractères nettement particuliers. On peut dire cependant que dans les cas où l'intoxication est aiguë, la folie se manifeste habituellement sous la forme d'un délire aigu toxique... et lorsque l'intoxication est lente et chronique, c'est d'ordinaire d'un état mélancolique qu'il s'agit (3) ».

Mais ce n'est pas seulement dans l'infection latente ou chronique de l'appareil génital de la femme, infection consécutive ou non consécutive à l'accouchement, qu'il faut rechercher l'origine de certains états mélancoliques; ceux-ci peuvent dépendre de tout foyer infectieux chirurgical, aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Le principal intérêt de ces états mélancoliques liés aux infections chroniques chirurgicales, ressort de ce que le traitement chirurgical de l'infection chronique, amenant en général et à bref délai la guérison complète ou, tout au moins, l'amélioration très

(1) Étude sur les délires post-partum, par PRIVAT DE FORTUNIÉ. *Thèse*, Paris, 1904.

(2) DUPOÛY, Psychoses puerpérales et processus d'auto-intoxication. *Thèse*, Paris, 1904-05, p. 2.

(3) RÉGIS et CHEVALIER-LAVAURE, Congrès de la Rochelle, 1893. Déjà cité.

sensible de l'état mental, prouve d'une façon irréfutable la dépendance étroite du trouble psychique de l'état organique.

Les observations d'états mélancoliques dans les états infectieux chroniques chirurgicaux, que nous allons rapporter, contribueront à permettre « à la chirurgie tout entière et non pas seulement à la gynécologie, de démontrer les relations qui peuvent exister entre les lésions d'organes déterminés et certaines formes de la folie, qu'il s'agisse de l'homme ou de la femme (1) », et à élargir, comme l'a déclaré M. Picqué, « la doctrine de l'infection, en psychiatrie, en réservant une place, à côté des infections endogènes, aux infections exogènes d'origine chirurgicale ou obstétricale (2) ».

(1) L. PICQUÉ, Article inédit à paraître dans les *Archives internationales de chirurgie appliquée aux aliénés et de Psychothérapeutique chirurgicale*.

(2) PICQUÉ, *Du délire infectieux* in *Chirurgie des aliénés*, par PICQUÉ et DAGONET, t. V. Communication faite à la Société médico-psychologique, 1903.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS. — ÉTATS MÉLANCOLIQUES DANS LES INFECTIONS CHRONIQUES CONSÉCUTIVES A L'ACCOUCHEMENT. — ÉTATS MÉLANCOLIQUES ET INFECTIONS CHRONIQUES CHEZ LA FEMME EN DEHORS DE LA PUERPÉRALITÉ. — ÉTAT MÉLANCOLIQUE ET APPENDICITE CHRONIQUE LATENTE. — OBSERVATIONS DIVERSES.

I

La période de l'accouchement est une période fertile en troubles mentaux pour la femme prédisposée aux manifestations psychopathiques, mais ces troubles, qui sont loin de reconnaître la même étiologie, la même pathogénie, peuvent revêtir l'aspect symptomatique le plus varié.

Si les désordres psychiques de la puerpéralité sont parfois provoqués par la fatigue et l'épuisement qu'entraînent la grossesse ou la lactation, par les traumatismes moraux ou physiques de l'accouchement, ils sont aussi en rapport très souvent avec l'infection. Les troubles mentaux reconnaissant cette dernière origine peuvent être dus à une infection génitale aiguë et éclater subitement à l'hôpital où vient d'accoucher la femme, appartenant alors à la catégorie des délires de la septicémie puerpérale; dans d'autres cas ils relèvent d'une infection chronique et s'installent progressivement, sans brusquerie, exigeant le placement dans une maison spéciale d'une femme ayant déjà accouché depuis longtemps et dont la santé générale paraissait excellente; ces derniers troubles constituent la folie puerpérale proprement dite.

Chez ces malades infectées chroniques un examen gynécologique pourra seul faire découvrir la cause latente du délire, et Hobbs (1) a longuement et très judicieusement insisté sur l'importance de l'examen local dont dépendent et le diagnostic et le pronostic de l'affection. « Ce n'est le plus souvent, disait-il, que par une

(1) HOBBS, 1^o *Rapports de la folie et des affections pelviennes chez la femme*. Communication à la 65^e réunion annuelle de l'Association médicale de Grande-Bretagne, tenue à Montréal, 6 septembre 1897. — 2^o De l'infection des plaies comme facteur causal de folie. *American Journal of insanity*, juillet 1899.

recherche faite systématiquement qu'on peut soupçonner l'existence de ces maladies chez les folles. Il faut un examen méthodique avec anesthésie du sujet. »

Grâce aux examens gynécologiques et au traitement rationnel des lésions organiques génitales pratiqué, dans les asiles de la Seine, par M. Picqué, chez les aliénées récemment accouchées, les rapports de l'infection chronique puerpérale et des troubles mentaux ont pu être établis nettement. La thèse de Privat, à qui l'on doit la division des délires post-partum en septicémie puerpérale à forme délirante et en folie puerpérale, constitue un recueil des plus complets et des plus intéressants des cas de folie survenant après l'accouchement. Or, sur les quatorze observations de folie puerpérale rapportées par Privat, nous avons pu relever six fois un état mélancolique qui était en relations si étroites avec la lésion infectieuse chronique génitale que le traitement chirurgical de l'affection somatique amena rapidement une évolution favorable du trouble mental.

Nous commençons par citer ces six observations.

OBSERVATION I (in thèse de Privat de Fortunié, obs. XVI, p. 124). — Marguerite F..., trente et un ans, journalière, entre à l'asile Saint-Anne, le 17 septembre 1903.

Antécédents héréditaires. — Père, ouvrier papetier, âgé de soixante-dix ans, a commis quelques excès alcooliques.

Mère, bien portante, a eu huit grossesses à terme et une fausse couche.

La malade est la septième enfant et la seule fille.

Trois frères sont morts en bas âge.

Un frère est mort de diabète à l'âge de vingt-deux ans.

Un autre frère est mort de la poitrine à l'âge de trente-deux ans.

Deux frères sont encore vivants et travaillent dans la papeterie.

Pas d'hérédité connue.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été d'un caractère timide, n'aimant pas à s'amuser. Elle a eu, à l'âge de douze ans, une fièvre typhoïde dont la durée a été longue. Cette fièvre typhoïde s'est accompagnée de délire.

Réglée à quinze ans, toujours bien réglée depuis.

À dix-sept ans, en 1889, a eu la grippe qui a duré une quinzaine de jours.

Mariée à l'âge de dix-neuf ans, a eu trois grossesses depuis.

Premier accouchement, à l'âge de vingt ans, d'une fille encore vivante.

Les suites de couches ont été bonnes et la malade a nourri son enfant pendant neuf mois. Elle a contracté la rougeole à ce moment-là et a cessé de nourrir.

Deuxième accouchement, il y a deux ans, d'une petite fille morte au moment de l'accouchement circulaire du cordon ; tout s'est bien passé.

Troisième accouchement, le 10 janvier 1903, d'un garçon mort pendant le séjour de la malade à l'asile de Vaucluse. L'accouchement a été normal et la malade s'est levée au bout de dix jours. Elle s'est fatiguée quelque peu à ce moment-là. Depuis son accouchement, la malade a toujours souffert un peu dans le ventre. Elle a nourri son enfant pendant six mois. Les derniers temps qu'elle allaitait, elle était devenue anémique, n'avait pas d'appétit, vomissait le matin. Elle a cessé d'allaiter parce qu'elle dépérissait et qu'elle devenait triste sans savoir pourquoi. Les modifications du caractère sont survenues cinq mois environ après l'accouchement. La malade pleurait sans raison, elle avait des préoccupations au sujet de tout, craignait que son mari ne gagne pas assez d'argent pour vivre.

Les derniers temps, elle ne pouvait pas s'occuper de son enfant, et en était arrivée à un état d'aboulie complète. L'ennui de la vie et le découragement l'avaient gagnée. Elle disait à son mari qu'elle voulait en finir avec la vie. Ce dernier, craignant une tentative de suicide, l'a fait placer à l'asile Sainte-Anne.

17 septembre. — A son entrée à Sainte-Anne, on constate chez cette malade un *état mélancolique* avec sentiment d'impuissance. La malade se reproche sa paresse et conserve des idées de suicide. Cet état dure depuis trois mois.

22 septembre. — M. Picqué examine la malade au point de vue gynécologique. Il trouve un utérus petit (6 centimètres), mobile, en position verticale. Le col est très ulcéré, présentant à sa surface des bourgeons peu volumineux. Rien aux annexes. La malade entre au Pavillon de chirurgie.

24 septembre. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène peu de fongosités. Amputation du col par le procédé de Schröder. Température matin, 37° 3 ; soir, 37° 2.

Examen d'un fragment du col utérin, par M. le Dr Dagonet.

L'examen microscopique montre d'abondantes hémorragies, le sang est infiltré jusqu'au milieu des couches musculaires et il remplit les cavités glandulaires.

L'épithélium pavimenteux est normal. Les tubes glandulaires sont dilatés et moins nombreux qu'à l'état normal, leur épithélium est souvent desquamé.

Légère endométrite interstitielle.

30 septembre. — La malade n'a pas eu de fièvre depuis l'opération. L'état local est excellent. La malade rentre au service de l'admission. Depuis son entrée, elle a repris un peu de courage. Étant au Pavillon, elle a commencé à demander du travail aux infirmières.

3 octobre. — L'état physique s'améliore, mais la malade est un peu mélancolique.

13 octobre. — La malade est transférée à l'asile de Vaucluse. A son entrée, la malade est encore anémique, le teint est pâle et terreux, l'appétit est faible et la digestion pénible. Au point de vue mental, on constate une amélioration sensible. Depuis son opération, les idées de suicide de la malade ont disparu et elle reconnaît que ses préoccupations n'étaient pas fondées. Ces derniers temps, dit-elle, elle a senti son état s'améliorer insensiblement. La malade est encore un peu inquiète de se trouver à l'asile, ce milieu l'impressionne, et, à son avis, elle serait mieux chez elle. Elle nous demande des fortifiants pour être remise bientôt et partir chez elle. La malade continue à prendre, depuis son opération, des injections vaginales à l'eau chloralée. Elle n'a pas de pertes blanches et ne souffre plus dans le ventre.

27 octobre. — L'amélioration continue. La malade passe au quartier des personnes tranquilles où elle peut s'occuper à des travaux divers.

4 novembre. — La malade paraît complètement guérie. Elle écrit à son mari une lettre très raisonnable pour que ce dernier demande sa sortie.

8 novembre. — Le mari vient voir la malade. Il la trouve très améliorée depuis quinze jours et demande sa sortie qui est décidée. Sur ces entrefaites survient la mort du petit garçon, dernier né de la malade. Le mari, craignant que cet événement malheureux ait une influence fâcheuse sur l'esprit de la malade, demande que sa sortie soit différée. La mauvaise nouvelle est cachée pendant quelque temps à la malade. Lorsqu'on la lui apprend, elle supporte très courageusement cette épreuve, disant qu'il lui faut garder tout son courage pour élever sa petite fille.

1^{er} décembre. — La sortie de la malade est décidée pour la seconde fois. Actuellement la malade a très bonne mine, le teint est plus coloré, elle mange et boit bien. Elle a engraisé d'un kilogramme pendant son séjour à Vaucluse. Toute idée triste et toute préoccupation ont disparu.

6 décembre. — La malade sort en liberté, complètement guérie.

Réflexions. — Le rapport de causalité entre l'infection latente et l'apparition de l'état mélancolique est ici évident. La malade avait traversé déjà deux fois la période critique de l'accouchement sans présenter le moindre trouble mental. Accouchée le 10 janvier, la malade n'est entrée à Sainte-Anne que le 17 septembre. Pendant ce laps de temps l'état infectieux ignoré a progressivement réagi sur l'état mental qui, d'abord caractérisé par de la tristesse, est bientôt devenu nettement mélancolique avec idées de suicide.

Cette malade est examinée le 22 septembre et débarrassée le 24 du même mois de sa lésion organique par M. Picqué; dès le 30 septembre son état mental présente une amélioration évidente.

Sa santé physique subit une évolution favorable progressive et parallèlement toutes les idées tristes et mélancoliques disparaissent.

La malade sort le 6 décembre, guérie, trois mois environ après l'opération.

OBSERVATION II (obs. XX de la thèse de Privat de Fortunié, p. 132). — Eugénie O..., trente-six ans, sans profession, entre à l'asile de Ville-Évrard le 12 avril 1901.

12 avril. — Certificat immédiat : MÉLANCOLIE, dépression mentale et physique. Idées hypochondriaques, de persécution, de suicide. Hallucinations de l'ouïe de nature pénible et suivies d'agitation anxieuse ; insomnie.

Fausse couche récente sans aucune préoccupation antiseptique (D^r Febvré).

27 avril. — Certificat de quinzaine. Est atteinte de *mélancolie*, vient d'éprouver une crise aiguë d'agitation anxieuse (D^r Febvré).

7 juin. — Même état mental : la malade est transférée au Pavillon de chirurgie à cause de lésions constatées du côté de l'appareil génital : utérus gros, peu mobile, cavité utérine agrandie.

18 juin. — M. le D^r Mauclaira pratique le curettage avec excision d'un fragment cunéiforme de la lèvre antérieure. Impossibilité d'abaisser l'utérus à la vulve. Tamponnement : température soir, 37 degrés. Pas d'albumine dans les urines. La guérison opératoire est obtenue les jours suivants.

19 juillet. — La malade est transférée à l'asile de Ville-Évrard. État mental reste stationnaire : mélancolie avec confusion mentale.

3 août. — État de dépression mélancolique persiste, mais les hallucinations semblent avoir disparu. La malade s'occupe un peu. L'état général est satisfaisant.

26 août. — Certificat de sortie. Cette malade a éprouvé une *amélioration sensible* dans son état mental. En congé depuis quinze jours dans sa famille, elle s'occupe régulièrement de son ménage, ne manifeste, paraît-il, aucune préoccupation délirante dangereuse. En conséquence, elle peut être rendue définitivement à son mari qui s'engage d'ailleurs à exercer sur elle une surveillance très active (D^r Febvré).

Réflexions. — Si la guérison n'est pas absolue deux mois après l'intervention chirurgicale, il s'est au moins produit dans l'état mental une telle amélioration que la malade a pu être rendue à son mari. Tout permet de supposer que l'état mélancolique a continué à subir une évolution favorable après la sortie de la malade. Et dans le cas où l'amélioration ne se serait pas maintenue, on pourrait peut être retrouver l'influence d'un nouveau facteur défavorable.

En tout cas cette évolution assez tardive n'enlèverait rien à la valeur de la disparition de certains troubles consécutifs à l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION III (obs. XXI de la thèse de Privat, p. 133). — Julia G..., vingt trois ans, domestique, entre à l'asile de Vaucluse dans le service de M. le Dr Dupain, le 7 juillet 1903.

Antécédents héréditaires. — Père cultivateur, bien portant.

Mère morte de hernie étranglée.

Un frère mort à l'âge de trois ans en 1889, au moment de l'épidémie d'influenza.

Deux frères et deux sœurs bien portants.

Un oncle, frère du père, à la suite d'une frayeur, a été interné pendant quelque temps dans un asile d'aliénés.

Antécédents personnels. — Grippe vers l'âge de dix ans. Réglée à quinze ans. Grossesse normale. G... est entrée le 12 mars 1903 à la maternité de Saint-Antoine, où elle est accouchée le 12 avril. Accouchement normal au bout de vingt-deux heures de travail. Urines normales. Pendant tout son séjour à Saint-Antoine la température n'a pas dépassé 37°,4. G... est sortie de Saint-Antoine le 27 avril pour aller en convalescence à Fontenay-aux-Roses. Là, dit-elle, ses idées ont commencé à s'embrouiller : tout tournait autour d'elle, elle voyait les personnes doubles, un rien lui portait sur les nerfs. Elle est partie de Fontenay vers le 10 juin. La malade ne peut donner de renseignements bien précis sur ce qui s'est passé à partir de cette date jusqu'au 26 juin. Elle aurait passé quelques jours chez une amie, puis aurait loué une chambre à Paris ; ses idées étaient complètement embrouillées. Elle passait ses journées à parcourir les rues de Paris portant toujours son enfant dans les bras, tout le monde la remarquait sur son passage ; elle allait dans les bureaux de placement pour mettre son enfant en nourrice, puis au dernier moment ne voulait pas le donner.

Elle partait pour aller chez des personnes qu'elle connaissait, puis ne pouvait plus trouver la maison. Peu de temps après sa sortie de Fontenay, la malade a commencé d'avoir des hallucinations, elle voulait mourir sans savoir pourquoi. Le 26 juin elle a été amenée à l'hôpital Broussais par des agents qui l'avaient trouvée égarée dans la rue. Au moment de son entrée à Broussais, elle était très délirante et réclamait continuellement son enfant qui avait été placé en nourrice. Les seins de la malade étaient gonflés de lait, mais elle n'avait pas de fièvre et on ne trouvait aucun symptôme d'affection organique.

Le 5 juillet elle était conduite à Sainte-Anne et le 7 elle entraît à l'asile de Vaucluse.

8 juillet. — Au moment de son entrée, cette malade présente un état de confusion mentale très prononcée avec DELIRE MELANCOLIQUE et hallucinations multiples. Elle est calme et paraît plongée dans un état de somnolence. La malade est très absorbée, il est difficile de fixer son attention et de la faire parler ; elle répète tout le temps qu'elle est condamnée. Des voix lui disent qu'elle est ici pour être tuée, qu'elle

doit être brûlée vive; on l'appelle mère criminelle. Elle se figure que son père et sa petite fille sont morts.

G... ne sait où elle est ni à quelle époque de l'année on se trouve. Par une interpellation énergique on peut cependant en obtenir quelques réponses sensées. C'est ainsi qu'elle nous donne exactement la date de sa naissance, la date de son accouchement; elle sait qu'elle a été à l'hôpital Broussais et qu'elle y est restée huit jours, qu'elle a eu le cerveau malade à la suite de son accouchement. Température: matin, 37°,3; soir, 37°,7.

Les jours suivants, absence de fièvre.

25 juillet. — La malade est moins apathique et moins confuse, les hallucinations persistent, elle entend toujours des voix, tout le temps les mêmes.

Elle a quelques pertes blanches et nous dit qu'elle n'a pas eu ses règles depuis son accouchement. Il est impossible de pratiquer un examen gynécologique à cause de la résistance opposée par la malade. On commence à lui donner des injections vaginales au biiodure de mercure.

25 août. — L'état de cette malade présente une amélioration sensible, depuis une dizaine de jours elle se lève. Elle passe aujourd'hui au quartier des malades tranquilles.

21 septembre. — La malade va beaucoup mieux, depuis quinze jours elle travaille à la couture. Les hallucinations ont complètement disparu, mais elle est encore un peu confuse. C'est une femme d'une intelligence faible, elle rit sans motif et à la plupart des questions répond qu'elle ne veut rien dire. La mémoire paraît affaiblie. Les pertes blanches sont devenues plus abondantes et la malade se plaint de souffrir du ventre. Elle refuse encore de se laisser examiner.

27 octobre. — Depuis une huitaine de jours l'état de confusion est à peu près complètement disparu. La malade peut nous donner des renseignements précis sur ses antécédents, sur son accouchement et les suites de couches. Elle nous décrit les hallucinations du début de sa maladie. Elle entendait, dit-elle, des voix lui disant qu'elle était condamnée, qu'on allait la fusiller, lui couper le cou. C'étaient des voix d'hommes. Elle voyait des couteaux, des ciseaux prêts à la blesser. Elle apercevait également des cadavres, des ossements et il lui semblait qu'elle allait tomber dans un brasier. Elle se figurait que les infirmières étaient méchantes et voulaient l'empoisonner.

Tous ces troubles, nous dit-elle, ont disparu progressivement et il y a une dizaine de jours que j'entendais encore des bruits confus. G... conserve néanmoins une légère obnubilation intellectuelle, la mémoire n'est pas complètement revenue et elle fait de visibles efforts pour se rappeler certains événements.

L'état général est excellent, elle a beaucoup engraisé et cette malade, qui pesait 53^{kg},500 au moment de son entrée, pèse actuellement

65 kilogrammes. Elle a des pertes blanches abondantes, et qui ont augmenté depuis son entrée. G... consent à se laisser examiner.

A l'examen gynécologique on trouve un utérus augmenté de volume, le col est gros et congestionné, saignant facilement. L'orifice est entr'ouvert, les lèvres du col ne présentent pas d'ulcération.

2 novembre. — La malade a revu ses règles moins abondantes que d'habitude, elle a perdu pendant deux jours seulement.

1^{er} décembre. — La malade peut être considérée comme guérie au point de vue mental, et il est question de la faire sortir prochainement.

2 février 1904. — La malade est transférée au Pavillon de chirurgie à cause de sa leucorrhée.

3 février. — A l'examen, M. Picqué constate peu de lésions, la cavité utérine mesure 7 centimètres, pas de lésions du col, rien aux annexes. Leucorrhée.

8 février. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène des fongosités. Attouchement de la muqueuse utérine au perchlorure de fer.

Température normale.

Réflexions. — Les troubles mentaux présentés par cette malade ont consisté en confusion mentale accompagnée d'hallucinations multiples de caractère pénible, et de *délire mélancolique* avec craintes de mort ; ils persistèrent aussi longtemps que l'infection chronique. Si la malade a guéri avant toute intervention, il faut dire qu'au moment du dernier examen pratiqué par M. Picqué, les lésions infectieuses étaient en voie de régression. La malade ayant guéri seule de l'infection et du délire, et cette double guérison ayant été simultanée, il est admissible que le trouble physique avait une certaine influence sur l'état mental.

OBSERVATION IV (obs. XXII de la thèse de Privat, p. 136). — Gabrielle R..., quarante et un ans, entre à l'asile Sainte-Anne, service de l'admission, le 11 janvier 1904.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux.

Mère morte de congestion pulmonaire.

Une sœur du père a été soignée à l'asile Sainte-Anne.

La malade a trois frères dont un a été soigné à plusieurs reprises à l'asile de Ville-Évrard pour des phobies avec idées mélancoliques et tendances mystiques.

Une sœur de la malade est morte à onze ans de la fièvre typhoïde.

Antécédents personnels. — Régée à l'âge de quinze ans.

A l'âge de seize ans et demi, fièvre typhoïde qui a duré trois mois, y compris la convalescence. Au cours de cette fièvre typhoïde, la malade a eu du délire accompagnant l'état fébrile.

A l'âge de vingt et un ans, étant jeune fille et consécutivement à une frayeur occasionnée par un incendie, elle est tombée dans un état

mélancolique ; elle se figurait que ses parents allaient être brûlés. Elle a été internée à l'asile de Vacluse où elle est restée sept mois.

Mariée une première fois à l'âge de vingt-neuf ans, elle est restée dix ans avec son mari dont elle a eu une petite fille qui a aujourd'hui onze ans. A la suite de ce premier accouchement, la malade était devenue un peu triste. Cet état a duré un mois environ, mais elle n'a pas été internée.

Remariée il y a un an, elle est accouchée le 14 octobre 1903 à la maternité de Saint-Antoine. Elle n'a eu ni fièvre ni albumine dans les urines et elle est partie de la maternité le dixième jour après son accouchement.

Elle allaitait son enfant, lorsque vers le 7 janvier les troubles cérébraux ont débuté. Cette malade était déjà contrariée par cette grossesse tardive, puis elle a commencé par avoir des frayeurs, il lui semblait qu'elle était entourée d'ennemis. Les voisins parlaient mal d'elle, elle entendait frapper au mur, on lui lançait de mauvaises odeurs.

Elle craignait de mourir.

11 janvier. — Au moment de son entrée à Sainte-Anne, la malade est *mélancolique* et anxieuse. Les hallucinations persistent et s'accompagnent de mutisme par intervalles. A d'autres moments la malade est excitée, se met à chanter, veut s'habiller et partir.

13 janvier. — La malade est conduite au Pavillon de chirurgie. A l'examen on trouve un utérus gros dans l'axe. La cavité utérine mesure 11 centimètres. Rien d'appréciable dans les annexes.

14 janvier. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène des fongosités notables. Attouchement au perchlorure de fer.

Température soir, 38,4.

15 janvier. — Température matin, 38,3 ; soir, 38,6.

16 janvier. — Température matin, 37,2 ; soir, 38.

17 janvier. — Température matin, 37,8 ; soir, 37,9.

18 janvier. — Température matin, 38,6 ; soir, 38,3.

19 janvier. — Température matin, 37,2 ; soir, 37,1.

A partir de ce moment la température est normale.

22 janvier. — La malade quitte le Pavillon de chirurgie.

Cette malade, qui était maniaque et excitée au début, sort beaucoup plus calme ; les idées délirantes persistent.

25 janvier. — La malade est transférée à l'asile de Ville-Évrard.

3 février. — Nous voyons la malade à l'asile de Ville-Évrard. Elle est actuellement très calme. Les hallucinations paraissent avoir disparu. La malade manifeste cependant des craintes au sujet de son enfant, elle pleure encore facilement et fait des récriminations contre son mari qui l'a fait interner.

Néanmoins, elle se sent beaucoup mieux depuis quelques jours et demande à s'occuper pour trouver le temps moins long. L'état général

est très bon et la malade mange bien. En somme, cette malade est sinon guérie, du moins très améliorée est en voie de guérison.

Réflexions. — Cette malade, soumise à une infection utérine, paraît avoir présenté un état mixte d'excitation maniaque et de mélancolie plutôt qu'un état mélancolique pur. Nous devons aussi ajouter que la malade avait déjà été mélancolique dans plusieurs circonstances de sa vie.

L'accès actuel, qui succéda à une infection chronique et subit une amélioration rapide du fait de l'intervention chirurgicale, paraît bien néanmoins relever de la lésion organique, cause occasionnelle chez une prédisposée, d'un accès mixte de manie mélancolie.

OBSERVATION V (obs. XXIII de la thèse de Privat, p. 138). — Élise L..., trente-deux ans, entre le 6 février 1903 à l'asile Sainte-Anne.

Antécédents héréditaires. — Mère morte dans un asile d'aliénés. Une sœur d'un autre lit est morte à l'asile de Ville-Évrard.

Antécédents personnels. — De tout temps cette malade a été très nerveuse, et impressionnable, sursautant au moindre bruit, très jalouse de son mari, mais avec recrudescence au moment de ses grossesses, où elle ne peut souffrir qu'il la quitte. Elle a eu, consécutivement à des accouchements, des idées obsédantes : crainte de faire du mal à son bébé, à elle-même. Moments de découragement, d'aboulie. Il y a six mois, perte d'une fillette de neuf ans. La malade a été très affectée de cette perte et a eu des crises de larmes fréquentes après la mort de son enfant.

Cette malade a eu sept accouchements et une fausse couche. Les quatre premiers accouchements se sont accomplis normalement et n'ont été suivis d'aucun trouble délirant.

La malade a fait ensuite une fausse couche de trois mois qui n'a été également suivie d'aucun accident.

Sixième grossesse en 1898. Pendant cette grossesse la malade avait des idées noires. L'accouchement s'est effectué normalement, d'après les renseignements de la malade. Trois mois après son accouchement, la malade allaitait son enfant lorsque les idées tristes qu'elle avait pendant sa grossesse sont devenues obsédantes et ont nécessité son internement du 24 juin au 2 octobre 1898.

Septième accouchement, en 1900, d'un garçon bien portant, nourri par la malade qui n'a présenté d'accès ni pendant la grossesse ni après l'accouchement.

Dernier accouchement, le 12 janvier 1903, d'un garçon bien portant que la malade a nourri les premiers jours. Pendant sa grossesse la malade avait des pertes blanches. Lorsqu'elle s'est levée, le huitième jour après son accouchement, elle a ressenti subitement une douleur

dans le côté droit. Arrivée chez elle, la malade a eu une petite hémorragie et s'est recouchée. Déjà, chez la sage-femme, elle avait des idées noires. La vue d'une fenêtre ouverte évoquait en elle des idées de suicide. Quelque temps après elle a eu des hallucinations de la vue : elle voyait des couronnes mortuaires sur sa table. Elle disait constamment qu'elle allait mourir. Elle se découvrait toutes les maladies et toutes incurables, prenait sa température toutes les heures et ne s'occupait plus de son ménage. Elle disait qu'elle voulait que toute sa famille meure avec elle, qu'elle ne voulait pas que son mari et ses enfants restent seuls au monde, que le mieux serait d'acheter du charbon de bois pour mourir tous.

6 février. — Au moment de son entrée à Sainte-Anne, la malade se trouve dans un état de *depression mélancolique* avec préoccupations hypocondriaques et idées confuses de persécution. Tendance au suicide.

18 février. — La malade est transférée à l'asile de Ville-Évrard. Son état mental reste stationnaire jusqu'au mois de septembre dernier. A cette époque, M. le Dr Picqué, examinant la malade au point de vue gynécologique, trouve des lésions de l'appareil génital. M. le Dr Kéraval décide l'envoi de la malade au Pavillon de chirurgie, en vue d'un traitement local.

16 septembre. — La malade entre au Pavillon de chirurgie. A l'examen on trouve : un utérus gros, mobile, en antéflexion légère. Le col est déchiré et gros. Rien aux annexes.

19 septembre. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène des fongosités en quantité notable. Amputation du col par le procédé de Schröder. Température matin 37°,2; soir, 37°,4.

Examen d'un fragment du col utérin, par M. le Dr Dagonet : Endométrite d'origine puerpérale, érosion du col. L'épithélium pavimenteux cesse brusquement au niveau des érosions et on le voit remplacé par des excroissances papilliformes recouvertes d'épithélium cylindrique.

Les tubes glandulaires sont très dilatés, leur épithélium desquamé prend une coloration diffuse et uniforme. Il existe une infiltration des petites cellules autour des glandes et un assez grand nombre de mastzellen. Pigment sanguin abondant surtout dans les couches superficielles et provenant d'anciennes hémorragies.

30 septembre. — La malade va très bien au point de vue local ; elle rentre à l'asile de Ville-Évrard.

15 octobre. — Nous voyons la malade à l'asile de Ville-Évrard. Elle présente encore quelques idées hypocondriaques, mais elle n'a plus d'hallucinations et les idées de suicide ont disparu. Cette malade, qui avait auparavant des crises de larmes fréquentes, ne pleure plus actuellement. L'état physique est excellent.

8 novembre. — La malade sort améliorée au point de vue mental. Elle a engraisé depuis son retour au Pavillon de chirurgie.

Réflexions. — Comme le fait remarquer Privat, cette malade a eu, lors d'un accouchement antérieur, un accès délirant qui a duré sept mois environ et a guéri sans intervention; nous ignorons s'il y eut, à ce moment, des phénomènes infectieux, mais nous avons déjà vu, dans une des précédentes observations, que ceux-ci pouvaient disparaître sans intervention chirurgicale, leur disparition amenant l'amélioration et même la guérison des troubles mentaux (obs. III). L'accès délirant antérieur qu'a présenté la malade peut donc avoir été occasionné par l'infection latente, ou bien il a consisté en une simple bouffée délirante passagère chez une dégénérée.

En tout cas cette malade a accouché huit fois et n'a présenté de troubles mentaux qu'après son sixième et son huitième accouchement.

Si elle a manifesté, consécutivement à la plupart de ses grossesses, un caractère méfiant et jaloux, des obsessions, une grande émotivité et même des idées noires, du moins ces symptômes, témoins de sa déséquilibration psychique, n'ont pas exigé en général son internement qui ne fut nécessaire qu'après le sixième et le huitième accouchement.

Lors du huitième et dernier accouchement la malade présentait une infection chronique très nette, révélée par l'examen que pratiqua M. Picqué, jointe à un état de dépression mélancolique avec préoccupations hypocondriaques et tendance au suicide.

Une amélioration rapide de cet état mental suivit l'intervention chirurgicale qui amena aussi naturellement, la guérison radicale de la lésion organique, et la malade put être remise en liberté sept semaines après l'opération.

On ne peut enlever une grande valeur aux résultats immédiats d'une opération qui permet à la malade de recouvrer rapidement ses forces, la débarrassa de ses idées mélancoliques ainsi que d'un foyer toxi-infectieux latent qui, sans l'intervention chirurgicale, aurait pu subir une aggravation progressive et non une évolution favorable naturelle.

OBSERVATION VI (obs. XXIV de la thèse de Privat, p. 140). — Gabrielle G..., trente-huit ans, entre le 4 juillet 1903, à l'asile de Ville-Évrard.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants.

Deux sœurs bien portantes, quoique très nerveuses.

Pas d'aliénés dans la famille.

Antécédents personnels. — A toujours été très nerveuse. Aucune maladie grave, mais flatulence habituelle :

1^o Accouchement il y a douze ans ; n'a pas été suivi de troubles psychiques.

2^o Accouchement il y a six ans et demi. Depuis cette époque la malade avait des idées hypocondriaques. Maintes fois, elle a eu l'idée de se détruire. Elle avait des frayeurs sans savoir pourquoi.

Cette malade était mal réglée, et elle est restée une fois quatre mois sans voir. En décembre 1902, alors qu'elle habitait la campagne, elle est venue à Paris consulter un médecin, parce qu'elle se figurait qu'un voisin voulait l'attirer à lui. Depuis cette époque, la malade était devenue plus triste. Son mari se décide à la placer dans un asile, et elle est admise directement à l'asile de Ville-Évrard.

4 juillet 1903. — Au moment de son entrée à Ville-Évrard, le Dr Kéralval constate l'état suivant :

Certificat immédiat : « Est atteinte de DEPRESSION MÉLANCOLIQUE avec hallucinations de la vue, interprétations délirantes, troubles de la sensibilité générale ; elle se figure qu'un prêtre essayait d'agir sur elle, et en même temps se rend compte qu'il ne s'agissait que de troubles sensoriels.

Obsessions, scrupules, excitation génitale, insomnie la nuit, apparition du prêtre en question dans l'attitude d'abuser d'elle. Demi-conscience ». (Dr Kéralval.)

16 septembre. — La malade est transférée au Pavillon de chirurgie, service de M. Picqué.

A l'examen on trouve un utérus gros, dans l'axe, mobile ; la cavité utérine mesure 8 centimètres. Col volumineux, non déchiré, légèrement ulcéré.

19 septembre. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène peu de fongosités. Amputation du col par le procédé de Schröder. T. matin, 37°,2 ; soir, 37°,5.

Examen d'un fragment de col utérin, par M. le Dr Dagonet.

Aspect papilliforme de la muqueuse avec desquamation de l'épithélium.

Les tubes glandulaires ne sont pas dilatés, ils ne sont tapissés d'épithélium que dans leurs parties profondes. Ils sont moins nombreux qu'à l'état normal et le tissu conjonctif est sclérosé.

Les vaisseaux sont distendus par le sang et le tissu de voisinage prend par imbibition une teinte jaunâtre. En résumé, il s'agit surtout de lésions interstitielles d'endométrite.

20 septembre. — T. matin, 37°,4 ; soir, 37°,6.

Les suites opératoires sont normales.

5 octobre. — La malade retourne à l'asile de Ville-Évrard.

15 octobre. — La malade entend encore des voix confuses, mais elle n'a plus de visions ; elle conserve des idées hypocondriaques, se plaint de souffrir dans la tête et dans le ventre ; elle dort mal et prend du chloral. Les règles sont apparues depuis son retour de Sainte-Anne.

8 novembre. — La malade se trouve mieux. Les hallucinations ont complètement disparu.

18 décembre. — La malade reconnaît qu'elle est moins triste, elle n'a plus l'idée de se faire du mal. Elle a repoussé, dit-elle, ces mauvaises idées, et elle s'occupe dans le service. Elle conserve néanmoins quelques préoccupations au sujet de sa santé physique.

Les règles viennent régulièrement quoique peu abondantes; la malade n'a plus de pertes blanches, depuis son retour au Pavillon de chirurgie.

3 février 1904. — L'état de cette malade est très amélioré. Les idées délirantes ont complètement disparu, sauf quelques préoccupations au sujet de sa sortie. Elle mange bien et dort mieux, elle a d'ailleurs notablement engraisé. Elle est bien réglée et la santé physique est en somme excellente.

Réflexions. — « Dans ce cas, dit Privat, peut-être l'infection date-t-elle du dernier accouchement survenu il y a six ans. » Néanmoins une amélioration très notable avec disparition à peu près complète de la dépression mélancolique et de la tristesse, a suivi le curettage pratiqué par M. Picqué.

Ainsi sur quatorze cas de troubles mentaux, consécutifs à l'accouchement, rapportés dans la thèse de Privat, six fois ces troubles consistèrent en état mélancoliques, accompagnés parfois d'hallucinations ou associés à un certain degré de confusion mentale.

Dans les six observations, l'examen gynécologique révéla des lésions inflammatoires chroniques ou latentes de nature infectieuse. Le traitement chirurgical rationnel de ces lésions, pratiqué par M. Picqué, fut suivi quatre fois d'une amélioration tellement marquée dans les troubles mentaux que la sortie de la malade put être rapidement autorisée (obs. II, IV, V, VI; dans les autres cas la guérison mentale fut aussi complète que la guérison somatique (obs. I et III).

Mais que seraient devenues ces malades sans le secours de l'intervention chirurgicale? auraient-elles guéri naturellement de leurs lésions organiques et de leur accès mélancolique? Car nous avons vu que cette évolution favorable n'était pas impossible. Aurait-on constaté, au contraire, une persistance de leur état mélancolique avec tendance à la chronicité et à l'aggravation, ou bien une complication de leur infection chronique aurait-elle déterminé une détermination fatale?

La possibilité de ces évolutions défavorables, dont nous reparlerons au chapitre Pronostic, doit enlever toute hésitation aux partisans les moins convaincus de l'intervention opératoire chez

les aliénés, et exige, à moins de contre-indications formelles, le traitement chirurgical de l'infection chronique puerpérale qui amène généralement la guérison somatique et la disparition de l'état mélancolique.

Depuis que parut la thèse de Privat, le Dr Picqué a pu encore observer dans son service du Pavillon de chirurgie de nouveaux cas d'infection chronique génitale accompagnée d'états mélancoliques. Nous rapportons également ces observations.

OBSERVATION VII (parue dans « Psychoses infectieuses et intervention chirurgicales », par L. Picqué). — L..., Louise, trente-un ans, venant du service de M. le Dr Kéralval, à Ville-Évrard, entre au Pavillon le 1^{er} mars 1906.

Certificat immédiat délivré, le 29 octobre 1905 par le Dr Magnan : « Est atteinte de dégénérescence mentale avec hallucinations, *idées mélancoliques* et de persécution, tendances au suicide.

Note de M. Picqué : « Sous chloroforme on trouve l'utérus un peu augmenté de volume et en latéroversion droite.

A droite les annexes sont légèrement tuméfiées.

Le col porte une large ulcération sur les deux lèvres.

Il y a des pertes blanches abondantes.

Le 16 mars, on pratique un curettage et une amputation du col par le procédé de Schröder. Le curettage a ramené une petite quantité de fongosités.

A la date du 13 avril 1906, M. Kéralval délivre un certificat de sortie : ne présente plus aucun signe de troubles intellectuels. Reprise par son mari.

Réflexions. — L'effet de l'intervention opératoire est ici des plus nets. Rentrée à l'asile en octobre, la malade délire jusqu'en mars. L'infection, reconnue à ce moment, est suivie d'une opération immédiate. Moins d'un mois après, les idées mélancoliques, la tendance au suicide avaient disparu et la malade pouvait être rendue à son mari.

OBSERVATION VIII (parue dans « Psychoses infectieuses et interventions chirurgicales », par L. Picqué). — T..., Élisabeth, femme H..., vingt-neuf ans, entre au Pavillon le 27 février 1905, venant de la clinique (service du professeur Joffroy).

Certificat immédiat de M. le Dr Simon du 28 septembre 1904 :

« Est atteinte de débilité mentale avec *idées mélancoliques*. Illusions, interprétations délirantes. Inquiétude. Gémissements. Insomnie. Cette malade nourrissait sa fille âgée de trois mois. »

A l'examen pratiqué au Pavillon de chirurgie, le 27 février 1905, on

constate un utérus normal, en rétroflexion complète et mobile. Le col est légèrement intéressé sans ulcération.

Annexes sains à droite ; à gauche, léger prolapsus de l'ovaire : celui-ci n'a pas augmenté de volume. Vaginite légère. Leucorrhée fétide abondante.

Opération : curettage. La curette ramène une petite quantité de fongosités. Attouchement à la glycérine créosotée.

Certificat de sortie, le 3 mai 1905 : Considérablement améliorée depuis son entrée. Ne présente ni troubles sensoriels, ni idées délirantes. Peut être rendue à son mari qui l'emmènera à la campagne.

Réflexions — L'heureux effet de l'opération chirurgicale sur les troubles mentaux de cette malade n'a pas été long à se révéler.

Deux mois après le traitement rationnel de l'infection utérine la malade pouvait être rendue à son mari. Cette malade était mentionnée, dans le certificat d'entrée, comme nourrissant sa fille depuis trois mois, et il est très vraisemblable qu'elle était atteinte d'infection génitale latente depuis son dernier accouchement.

Aux observations d'infection génitale latente accompagnée d'état mélancolique, recueillies au Pavillon de chirurgie de l'asile Saint-Anne, nous ajouterons quelques-unes des observations publiées dans la thèse récente du Dr Verhaeghe, de Lille (1), « Sur la fréquence des troubles génitaux chez les aliénés », thèse inspirée par Privat de Fortunio, actuellement médecin-adjoint à l'asile de Bailleul.

Les observations de la thèse de Verhaeghe, qui se rapportent à notre sujet, se divisent en deux groupes : le premier groupe comprend l'observation des malades mélancoliques infectées latentes ayant accouché depuis moins d'un an, et le deuxième groupe celle de mélancoliques infectées en dehors de l'accouchement, c'est-à-dire ayant accouché depuis plus d'un an ou n'ayant jamais accouché.

Les observations du premier groupe rapportent des cas de folie puerpérale tels que ceux que nous avons déjà cités ; les observations du deuxième groupe, dans lesquelles l'état mélancolique est en rapport avec un élément infectieux qui n'appartient pas à la puerpéralité, relèvent de l'infection chronique génitale en général.

Sur vingt-deux malades ayant accouché depuis moins d'un an, infectées latentes et atteintes de troubles mentaux, qu'a étudiées Verhaeghe, onze étaient des mélancoliques. Voici, d'ailleurs,

(1) Dr A. VERHAEGHE, Considérations sur la fréquence des troubles génitaux chez les aliénés et leur rôle en pathologie mentale. Thèse de Lille, 1907.

comment se répartissaient les troubles mentaux de ces vingt-deux malades :

Mélancoliques	11
Maniaques.....	5
Confuses.....	2
Parcutes.....	2
Affaiblies intellectuellement.....	1
Démence précoce.....	1

La forme mélancolique était donc de beaucoup la plus fréquente, puisqu'elle représentait la moitié des cas.

Sur ces 22 malades 11 furent traitées rationnellement, sinon par l'intervention opératoire, du moins par des pansements utérins antiseptiques et des cautérisations visant l'élément infectieux. Sur les 11 malades ainsi traitées, 6 étaient des mélancoliques ; sur ces 6, 5 furent guéries, une fut améliorée.

OBSERVATION IX (obs. XII de la thèse de Verhaeghe, p. 51). — B..., femme D..., trente-six ans.

Antécédents héréditaires. — Grand'mère maternelle aliénée et internée.

Père mort de maladie inconnue.

Mère vivante, tempérament nerveux.

Le père de la malade eut à dix-huit ans un léger accès d'aliénation (excitation), mais il ne fut pas interné.

Accidents personnels. — Rougeole à dix ans, réglée à quinze.

Nombreux stigmates de dégénérescence physique. Face en lame de couteau, palais très ogival, lobules des oreilles adhérents, implantation vicieuse des cheveux et des dents. Cette malade est une alcoolique invétérée, s'enivrait presque quotidiennement avec de fortes doses d'anis.

La vie génitale de la malade fut très mouvementée. Elle eut trois enfants, actuellement vivants, qui ont sept, cinq et trois ans. Elle fit trois fausses couches dans l'intervalle des accouchements.

Les accouchements, les fausses couches, les suites eurent lieu sans incident. Au dernier accouchement, se lève cinq heures après, et nourrit pendant huit mois. Les règles reviennent six semaines après la cessation de la lactation. A la suite de la dernière grossesse, deux avortements imposés et provoqués par le mari (purgatifs énergiques, tige de laminaire).

Cinq mois environ après le dernier avortement, la malade devient mélancolique, absorbe de l'anis en plus grande quantité, et veut se suicider à trois reprises avec ses trois enfants : ses idées n'ont pas été mises à exécution, par suite de l'intervention de témoins. La première fois tente de s'asphyxier, une seconde essaye de se trancher la gorge avec un rasoir, la troisième se jette dans le canal avec ses enfants.

Six mois après le dernier avortement, le 6 octobre 1902, la malade est admise à l'asile.

A son entrée, on constate l'état suivant : dégénérescence mentale, stigmates physiques manifestes, idées de suicide et de meurtre.

A la quinzaine : malade calme, réticente. Fait parvenir une lettre à son mari lui demandant du poison.

Juin 1904. — Le mari répond au désir de la malade et lors d'une visite lui apporte de l'oxalate de potasse que la malade absorbe dès sa rentrée au quartier. Symptômes d'empoisonnement. Lavage immédiat de l'estomac.

1905. — S'occupe régulièrement.

10 avril 1906. — Examen gynécologique.

Au toucher : le col paraît gros, long, entr'ouvert, légèrement granuleux sur le côté gauche principalement. Rien aux annexes.

Au spéculum : col énorme, très long, très entr'ouvert et irrégulier, nu sur toute sa surface, rouge, ulcéré sur les deux lèvres sur une dimension de 1 centimètre et demi sur l'inférieure et 2 centimètres sur la supérieure. Leucorrhée très abondante.

Le traitement est institué immédiatement et suivi pendant un mois environ. Les lésions du col sont très améliorées, la leucorrhée a disparu, la malade redevient gaie, s'occupe régulièrement, ne paraît plus présenter d'idées délirantes.

Sort améliorée le 10 octobre 1906, après un séjour de quatre années à l'asile.

Réflexions. — Il s'agit dans ce cas d'une malade fortement prédisposée, dans le délire de laquelle sont intervenus, comme causes occasionnelles, l'alcoolisme et l'infection : tant que celle-ci resta ignorée et ne fut pas traitée, les troubles mentaux restèrent très accusés, la malade ayant des idées de suicide très actives qu'elle tenta de mettre à exécution. Dès le jour où l'infection subit une amélioration du fait de pansements glycerinés, de cautérisations iodées, d'injections d'iodure de mercure, les idées mélancoliques s'atténuent, et la malade, redevenue gaie et s'occupant régulièrement, peut être remise en liberté.

OBSERVATION X (dans thèse de Verhaeghe, obs. XV, n° 55). — G..., femme H..., vingt-quatre ans, cigarière, admise le 14 novembre 1904.

Antécédents héréditaires. — La malade eut sept frères et sœurs dont trois seulement vivants actuellement. Les quatre autres sont morts en bas âge. En plus, la mère fit une fausse couche. Un frère est faible d'esprit. Son père est vivant. Il souffre du foie. Sa mère est très vive de caractère. Tous deux sont sobres et rangés.

Antécédents personnels. — La malade a joui d'une bonne santé, quoique un peu délicate jusqu'à sa dernière grossesse. Réglée à quatorze ans,

mariée à vingt-deux, elle eut son premier enfant en juillet 1903, et un second huit mois avant l'internement, en avril 1904. La mère ne put allaiter faute de lait et, affaiblie par la grossesse, interrompit tout travail.

Dans le courant de juin, *deux mois* après l'accouchement, surviennent des idées de jalousie, sans preuve, dit que son mari la trompe, quitte le domicile conjugal, puis fait une fugue et manifeste des *idées de suicide* sans tentative. La mémoire est affaiblie, les facultés intellectuelles ne paraissent pas profondément troublées ; affaiblissement physique très accentué. Notre malade n'a pas encore été réglée.

12 décembre 1904. — Malade calme, s'occupe un peu, reste *mélancolique*.

10 février 1905. — N'a pas encore été réglée. Le ventre augmente de volume. Cependant on ne peut diagnostiquer une grossesse.

20 avril 1905. — Examen gynécologique,

Le col est gros, les bords donnent au toucher une sensation de tranchant. Il est entr'ouvert. Au pourtour de l'orifice, une surface rouge et desquamée. Leucorrhée légère.

Légère éventration entre les grands droits de l'abdomen. Début du traitement.

3 mai. — Les lésions du col sont améliorées ; une légère rougeur cependant persiste. Il n'y a plus de leucorrhée.

25 mai. — La rougeur du col a disparu. La menstruation s'établit.

21 juillet. — L'état mental s'améliore et la malade est guérie le 1^{er} août 1905.

Réflexions. — Très prédisposée, la malade n'a présenté cependant aucun trouble mental lors d'un premier accouchement. La dépression, les idées de suicide survenues à la suite de son deuxième accouchement disparurent progressivement, tandis que les lésions utérines, convenablement traitées, subissaient une amélioration rapide. La relation des symptômes mélancoliques et de l'état organique paraît évidente.

OBSERVATION XI (obs. XVI de thèse de Verhaeghe, p. 57). — H..., femme L..., quarante et un ans, admise le 12 mars 1904.

Antécédents héréditaires. — Pas d'aliénés connus dans la famille.

Père, soixante-dix ans, bien portant. Mère, soixante-treize ans, apoplectique, paralysée du côté droit.

La malade eut douze frères et sœurs dont neuf sont vivants. Un frère mort de convulsion, deux autres de maladies inconnues, deux sœurs ont accouché d'un enfant né à sept mois.

Antécédents personnels. — Eut trois enfants, les deux premiers morts de convulsions à quelques mois. Est accouchée du dernier il y a neuf mois, en juillet 1903. Quatre jours après l'accouchement, l'enfant fut sevré, le lait de la mère étant insuffisant. A ce moment, la malade eut peur et c'est à cette frayeur qu'elle attribue son accès. Elle se

mettait alors très facilement en colère. Puis deux mois après, en septembre 1903, l'enfant mourut. Alors la malade devint MÉLANCOLIQUE, poussait des plaintes continuelles, disait qu'elle allait mourir. Elle se jeta dans un puits d'où elle fut retirée par son mari. Elle ne paraît pas présenter d'hallucinations, mais des idées vagues de persécution : sa belle-sœur venait toujours lui faire peur).

Au moment de l'admission, neuf mois après l'accouchement, la malade est *melancolique*, avec des préoccupations hypocondriaques (depuis quelque temps, elle appelait continuellement le médecin. Il refusa finalement de se rendre à son invitation).

Léger verbiage, fonds de débilité mentale. Répond à côté des questions. La malade est réglée,

27 mars 1904. — La malade est calme, très émotive, pleure facilement.

Examen gynécologique suivi immédiatement du traitement.

Le col est très gros, violacé, entr'ouvert, avec de légères ulcérations sur la lèvre supérieure. Leucorrhée abondante.

9 avril. — La malade se dit guérie mentalement. Le col utérin est moins rouge; la lèvre inférieure est revenue à son état normal. Continuation du traitement.

23 avril. — Les ulcérations du col sont guéries. Le museau de tanche reste un peu gros. La malade sort par guérison le 30 avril 1905.

Réflexions. — Sur un fonds de débilité mentale ont éclaté des troubles délirants de nature mélancolique, avec idées de suicide, consécutivement à un accouchement. Lors d'accouchements antérieurs la malade n'avait présenté aucun trouble mental, malgré sa prédisposition; la lésion inflammatoire utérine ayant été reconnue et améliorée par le traitement antiseptique, les troubles mentaux disparurent et la malade put être rendue à la liberté.

OBSERVATION XII (obs. XVII de la thèse de Verhaghe, p. 58). — L..., Amélie, femme D..., trente-cinq ans, admise le 26 septembre 1905.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique et nerveux. Mère très émotive. Les frères et sœurs de la malade sont nerveux et d'un caractère jaloux.

Notre malade jouit habituellement d'une bonne santé. La menstruation s'établit à quinze ans sans incident.

Il y a dix-huit mois, en avril 1904, la malade devient enceinte.

Dès le début de la grossesse, L... se livre à des excentricités, prétend qu'elle a des capsules dans les oreilles, elle s'excite assez fréquemment, présente des idées de persécution. Elle est gâteuse par intervalles. L'accouchement se passe sans incident. La lactation dure trois mois et, dès le sevrage de l'enfant, la menstruation se rétablit très abondante, s'accompagnant d'une légère amélioration de l'état mental.

Lors de l'admission, le 26 septembre 1903, la malade est réglée très abondamment, elle est calme, répond facilement aux questions, avoue ses hallucinations, ses idées de persécution et de jalousie antérieures, mais ajoute que tous ces troubles ont disparu.

27 septembre. — MÉLANCOLIE : pleure sans motif apparent.

17 octobre. — Ne dort pas la nuit, prie beaucoup pour être pardonnée.

23 novembre. — Dépression mélancolique, craintes diverses. *Idées de négation*. Pleurs. Hallucinations de l'ouïe.

23 mars. — Examen gynécologique.

Rien à la palpation.

Au toucher, le col paraît irrégulier, entr'ouvert, avec des bords déchiquetés. Il est gros et présente de légères déchirures aux angles.

L'examen au spéculum permet en outre de constater sur la lèvre supérieure une ulcération taillée à l'emporte-pièce, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. La surface ulcérée est rouge vif.

Sur la lèvre inférieure, une ulcération commence au niveau du rebord externe de l'orifice utérin et que l'on peut voir se continuer le long du canal cervical. Pertes blanches très abondantes. Le *traitement* est institué.

Avril. — Les lésions du col sont considérablement améliorées, la malade est moins triste, s'occupe d'une façon régulière. La leucorrhée a disparu.

Le 10 mai. — La malade est GUÉRIE.

Réflexions. — Chez cette malade prédisposée quelques troubles mentaux avaient déjà fait leur apparition pendant la grossesse ; ces troubles, néanmoins, disparurent avec l'accouchement, pour reparaitre plus tard en même temps qu'évoluaient des lésions inflammatoires graves du côté des voies génitales. L'état mélancolique caractérisé par de la dépression, des pleurs, des craintes diverses et même des idées de négation, s'améliora avec le traitement de l'infection et la malade put sortir guérie.

OBSERVATION XIII (obs. XVIII de thèse Verhaeghe, p. 39). — L..., Marie, dix-neuf ans et demi, admise le 10 août 1903.

Antécédents héréditaires. — Père a quatre-vingt-quatre ans, infirme (hémiplegie droite). Mère morte à soixante-quatre ans, deux mois après l'internement de la malade, d'affection inconnue.

Antécédents personnels. — La malade est accouchée il y a un mois chez elle. L'accouchement fut normal, une hémorragie abondante se produisit après la délivrance. La malade reste alitée quatre jours. La lactation a duré quinze jours, a été interrompue dès l'apparition des troubles mentaux.

Le début de l'accès remonte au 12 août, dix-sept jours après l'accouchement. Notre malade se dressait sur son lit, voulait se jeter par la

fenêtre, disait qu'on voulait l'empoisonner ainsi que son enfant. Elle crie, chante, pleure, tient des propos incohérents et refuse de manger, ne dort plus.

Lors de l'admission, paraît avoir des hallucinations, cherche à éloigner de la main des visions terrifiantes, se cache le visage, refuse de manger.

6 septembre 1905. — Dépression MÉLANCOLIQUE.

7 septembre. — Examen des organes génitaux.

Il existe une leucorrhée très abondante, tachant fortement le linge en vert.

Le rectum est occupé par deux cybales de la grosseur d'une noix environ.

Le col est très douloureux au toucher. Il est coniforme et dur. Le cul-de-sac postérieur est profond ainsi que le cul-de-sac latéral droit. La muqueuse vaginale est parsemée de taches ecchymotiques. Le museau de tanche est éraillé. L'orifice regarde à droite. Des ulcérations profondes existent sur son pourtour, très douloureux. L'utérus est de la grosseur d'une orange.

13 septembre. — Début du traitement,

21 septembre. — Refuse subitement les soins.

12 octobre. — Notre malade est gâteuse, déchire ses vêtements, se cache le visage ou danse les yeux fermés et chante.

16 décembre. — La malade est réglée, une légère amélioration se produit.

21 janvier 1906. — Rechute, vie végétative.

8 février. — La malade est réglée.

10 février. — Nous pratiquons un nouvel examen gynécologique.

Au toucher, le col est de grosseur et de consistance normales. Les culs-de-sac se laissent déprimer facilement; il n'y a pas d'empatement.

L'orifice du museau de tanche est entr'ouvert, rouge, avec de légères ulcérations sur le pourtour, d'une largeur de un millimètre environ.

Le traitement est de suite institué.

13 mars 1906. — Les lésions du col sont complètement guéries. L'état typique et mental est amélioré. La malade s'occupe régulièrement.

Avril 1907. — Même état.

Sort guérie le 17 mai 1906.

Réflexions. — L'aggravation des troubles mentaux qui survint à un moment donné chez la malade qui refusait le traitement de son infection permet de supposer quelle aurait été l'évolution de ces troubles si la malade n'avait ensuite accepté les soins rationnels. Grâce au traitement de l'infection la malade put sortir guérie.

OBSERVATION XIV (obs. XIV de thèse de Verhaghe, p. 61). — V..., femme .B..., trente-deux ans et demi, ménagère, admise le 5 octobre 1906.

Antécédents héréditaires. — Père, soixante ans, vivant et bien portant. Mère morte à cinquante-six ans, de cancer de l'estomac.

Antécédents personnels. — La malade eut six enfants. Est accouchée du dernier le 25 août, quarante jours avant l'admission. Pendant la grossesse, V... souffrait de céphalée continue et de vomissements fréquents, présentait de l'albumine dans les urines.

L'accouchement fut normal et de peu de durée, la délivrance fut complète mais suivie d'hémorragie et de fièvre. Elle nourrissait son enfant.

Les maux de tête persistent après l'accouchement. La malade, sombre ou parfois confuse, disait qu'elle deviendrait folle.

Le 13 septembre, vingt jours après l'accouchement, éclate un accès de MÉLANCOLIE ANXIEUSE avec crainte de la mort. Elle se lève la nuit, veut passer par la fenêtre et finalement court se jeter dans une citerne.

Elle présentait, en ce moment, des hallucinations de la vue, voit des hommes qui veulent lui faire du mal, secoue ses jupons pour éloigner les chiens qui sont autour d'elle.

La malade se tient dans une attitude déprimée, garde les yeux baissés, les questions restent sans réponse. Elle murmure quelques mots à voix basse.

A l'admission, *dépression mélancolique* avec anxiété, perte de la mémoire, désorientation dans le temps et dans l'espace (se retourne par intervalles subitement et semble en proie à une frayeur).

Examen des organes génitaux : le col regarde à droite, le museau de tanche est éraillé, couvert d'ulcérations. Pas de leucorrhée.

Octobre 1905. — Dépression mélancolique, demande ses enfants; quelques périodes d'excitation pendant lesquelles la malade se déshabille pour se jeter dans le feu.

Décembre. — Même état de dépression.

6 février 1906. — Nouvel examen gynécologique suivi de traitement.

La palpation de tout l'abdomen est facile et indolore.

Au toucher, l'utérus paraît revenir à son volume normal. Les culs-de-sac sont souples, aucun empâtement; au spéculum le col est un peu gros, légèrement entr'ouvert, les deux lèvres sont boursoufflées, présentant une surface inégale, rouge et desquamée. La rougeur et la desquamation s'étendent à un centimètre au pourtour de l'orifice utérin.

Notre malade est réglée tous les quinze jours. La menstruation est peu abondante et ne dure que deux jours.

Mars 1906. — Amélioration de l'état mental. Les lésions du col sont en voie de guérison.

Sort GUÉRIE le 24 avril 1906.

Réflexions. — Cette malade, qui avait déjà eu cinq accouchements sans présenter de troubles mentaux, est devenue mélancolique.

lique après son sixième accouchement. La lésion inflammatoire de l'utérus ayant été découverte, son traitement antiseptique fut suivi d'une prompte amélioration de l'état mental de la malade qui sortit guérie.

D'après les observations de Verhæghe que nous venons de rapporter, sur six femmes ayant présenté des troubles mentaux mélancoliques accompagnés d'une infection chronique consécutive à l'accouchement, cinq furent guéries rapidement et dans leur état mental et dans leur état physique, grâce à un traitement approprié ; la sixième malade fut-elle même très améliorée et put être remise en liberté.

Il paraît donc absolument nécessaire, à la suite des résultats apportés dans les observations de M. Picqué, de la thèse de Privat et de celle de Verhæghe, d'examiner de parti pris et avec le plus grand soin, au point de vue des lésions infectieuses chroniques et latentes, toutes les femmes qui, accouchées depuis moins d'un an, entrent à l'asile avec des symptômes mélancoliques, dépression, idées de culpabilité, idées de suicide, anxiété, etc.

Le pronostic de leur état mental paraît souvent dépendre de la précocité du diagnostic et du traitement opportun de leur lésion organique ; c'est assez dire l'importance de l'examen gynécologique chez cette catégorie de malades.

II

Mais ce n'est pas seulement chez les nouvelles accouchées que l'attention du médecin aliéniste sera attirée vers l'examen des organes génitaux ; les lésions infectieuses latentes de ces organes peuvent, en dehors de l'influence de tout accouchement, avoir une certaine importance dans l'étiologie de certains troubles mentaux et en particulier d'états mélancoliques.

Chez ces malades infectées, le traitement chirurgical et, à son défaut, le traitement antiseptique rationnel paraissent avoir encore les plus heureux effets. Sur 48 malades de cet ordre examinées par Verhæghe, 26 étaient des mélancoliques ; de ces 26 mélancoliques, 4 seulement purent être l'objet d'un traitement ; nous allons en voir les résultats en rapportant ces quatre observations.

OBSERVATION XV (obs. XXIII de Verhæghe, p. 70). — Rose B..., trente-six ans et demi, admise le 12 juin 1903.

Antécédents héréditaires. — Une sœur est internée à l'asile le même

jour. Elles déliraient à deux et avaient les mêmes idées de suicide.

Antécédents personnels. — Aucune maladie connue de l'enfance. Accouchée il y a onze ans, la malade n'a eu que cet enfant : aucun incident au moment de l'accouchement.

Avant l'admission, B... était en traitement à l'hôpital Saint-Sauveur pour troubles de l'estomac. Dès l'entrée, la surveillante remarque que la malade ne jouissait plus de toutes ses facultés. Elle causait de droite à gauche, se croyait poursuivie, et criait : « Je suis folle ». Elle fait une tentative de suicide par défenestration.

L'affection a débuté il y a trois mois environ. Notre malade fait partager ses idées à sa sœur. Depuis deux mois, elles délirent ensemble ; aussi l'une et l'autre ont commis des tentatives de suicide.

A l'admission : *délire mélancolique* avec hallucination de l'ouïe.

26 juin 1903. — Dépression, idées de suicide, hallucination de l'ouïe. Tentative de suicide à l'asile.

Décembre. — Période de légère amélioration et de rechutes.

Décembre 1904. — Même état.

26 mars 1906. — Examen gynécologique.

Au toucher, le col est un peu gros, granuleux au niveau du canal cervical. La zone granuleuse est bien limitée au niveau de l'orifice. Au spéculum, le col est un peu gros, l'orifice est normal comme ouverture ; au pourtour, nous trouvons une zone circulaire rouge et desquamée de 3 millimètres environ. Le reste du col est dépoli et présente sur toute sa surface des granulations très apparentes.

Il existe un bouchon de leucorrhée très épais à l'orifice du col utérin.

Le traitement est immédiatement institué.

21 juillet 1906. — La malade est améliorée, elle reste un peu triste, manque d'initiative. La leucorrhée a disparu et les lésions du col sont guéries.

Le 29 août 1906 : sort à titre d'essai et définitivement un mois après.

Réflexions. — Il s'agit, dans ce cas, d'une malade ayant présenté des troubles délirants à deux, avec une de ses sœurs, et dont la prédisposition vésanique est grande. A son entrée à l'asile, la malade était mélancolique, avait des idées de suicide qu'elle tenta de mettre à exécution. Elle n'avait pas accouché depuis onze ans et rien ne pouvait attirer l'attention du côté des organes génitaux, quand l'examen de ces organes, pratiqué systématiquement, amena la découverte de lésions inflammatoires. Le traitement approprié de la lésion somatique fut suivi d'une amélioration très notable de l'état mental qui permit la sortie à titre d'essai de la malade, sortie qui fut déclarée définitive bientôt après.

OBSERVATION XVI (obs. XXIII de la thèse de Verghaëbe, p. 71). — L..., femme L..., cinquante-huit ans, admise le 25 septembre 1905.

Nous n'avons aucun renseignement précis sur les antécédents héréditaires de la malade.

Elle fut réglée à dix-sept ans, était sujette à des migraines fréquentes. Elle eut quatre enfants, une grossesse gémellaire qui fut pénible. Le dernier accouchement eut lieu il y a vingt-deux ans. La ménopause survint il y a six ans, la malade avait cinquante-deux ans. Le mari, buveur, a toujours causé beaucoup de peine à sa femme.

Le début de la maladie remonte à environ une année. Hystéro-neurasthénie grave avec accès très fréquents de nymphomanie (Dr Paquet).

A l'admission, la malade se présente avec un facies anxieux, ne peut rester en place. Elle raconte tous ses ennuis, sa vie pleine de déboires. Par moments, dit-elle, je ressens une sensation d'angoisse qui me comprime le thorax, une bouffée de chagrin me monte à la tête. Je n'ai jamais fait de tentative de suicide (tentative cependant par pendaison le 24 septembre 1905), mais j'aurais bien voulu mourir.

Notre malade présente un tremblement continu des membres, un besoin incessant de mouvement. Le réflexe cornéen est aboli, le rotutien est conservé. La sensibilité à la piqure, au froid, au chaud est normale. N'a jamais eu de crises nerveuses.

Aurait eu, il y a dix ans, un petit polype sur le col utérin. Il fut traité par la cautérisation au nitrate d'argent. Constipation habituelle.

20 octobre 1905. — *Dépression mélancolique* avec préoccupations hypocondriaques. Sensation de tiraillement dans les aines s'irradiant dans les cuisses, les lombes et les fessiers. Se plaint de lourdeur dans le bas-ventre, de constipation opiniâtre bien que les selles furent régulières. Nymphomanie.

L'examen gynécologique est pratiqué.

Nous trouvons quelques ulcérations sur le museau de tanche. Un polype gros comme un pois chiche fait saillie à travers l'orifice du col. Une végétation se trouve dans le vagin. Un pansement quotidien est institué.

17 novembre 1905. — Les préoccupations hypocondriaques restent les mêmes bien que les lésions inflammatoires du museau de tanche soient guéries. On continue quand même les pansements.

21 décembre 1905. — *Amélioration très notable* de l'état mental. La malade ne se plaint plus et *sort guérie* le 29 décembre 1905.

Réflexions. — Il s'agit ici d'une malade ayant présenté de la dépression mélancolique accompagnée de préoccupations hypocondriaques et de troubles de la sensibilité générale. L'examen gynécologique démontra des lésions organiques de l'utérus. Le traitement de celles-ci fut encore suivi d'une amélioration très notable de l'état mental qui permit la sortie définitive de la malade.

OBSERVATION XVII (obs. XXV de la thèse de Verhaghe, p. 73). — F..., Marie, femme P..., quarante-deux ans et demi, ménagère, admise le 17 mai 1905.

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade, mélancolique, s'est suicidé.

Le grand-oncle paternel, mélancolique, est mort à l'asile de Prémontré. Une sœur de la malade est mélancolique.

Antécédents personnels. — Rougeole à dix ans. Eut trois grossesses, un enfant mort-né après une chute dans un escalier. Le dernier enfant a actuellement vingt-deux ans.

Nous n'avons rien à signaler au point de vue mental et physique à ce moment.

Depuis deux ans avant l'admission, a des idées *mélancoliques*, elle se déplaçait dans son ménage, ne pouvait s'astreindre à s'y occuper. Cet état a coïncidé avec la diminution du flux menstruel d'abord, puis s'est aggravé avec sa disparition complète. Il y a onze mois qu'elle n'est plus réglée. Elle pleurait, gémissait, ne dormait plus, voulait mourir. Par cinq ou six fois, elle est allée à la rivière pour se noyer, chaque fois, elle n'eut pas le courage de mettre son projet à exécution. A voulu une autre fois se trancher la gorge. Depuis la disparition des règles : myosis, affaiblissement de la vue, visage couperosé et eczémateux. Pertes blanches.

19 mai 1905. — Traitement par l'apiol. Apparition des règles.

13 juillet. — *Déprimée*, s'occupe un peu.

23 janvier 1906. — La malade, qui n'avait pas été réglée depuis quatre mois, vient de l'être.

4 avril 1906. — Nous pratiquons l'examen gynécologique.

Au toucher, le cul-de-sac gauche est douloureux et présente une tuméfaction. Le col est assez gros, entr'ouvert, irrégulier.

Au spéculum, le col se présente rouge, principalement sur la lèvre inférieure, sur une étendue de un centimètre et demi environ, et de un centimètre sur la lèvre supérieure. Le contact est douloureux et saigne facilement. Leucorrhée fréquente et très abondante.

Nous instituons le traitement.

23 août 1906. — Notre malade, après une légère période d'excitation, est redevenue bien calme, s'occupe régulièrement, ne manifeste plus d'idées délirantes. Les lésions du col sont guéries.

La malade sort en liberté le 7 octobre 1906.

Réflexions. — La malade était depuis deux ans mélancolique, avait des idées de suicide. Malgré la durée aussi longue des troubles mentaux, il est intéressant de noter que le traitement d'une lésion inflammatoire chronique qui était restée inaperçue a eu le plus heureux effet au point de vue mental.

OBSERVATION XVIII (obs. XXVI de la thèse de Verhaeghe, p. 751). — C. J..., domestique, vingt-six ans, admise le 17 mai 1890.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quarante ans de tuberculose pulmonaire.

Mère morte à cinquante ans. Hémiplegie droite à la suite d'un ictus apoplectique.

Antecedents personnels. — La malade fut réglée à quatorze ans. L'établissement de la menstruation fut difficile. Les règles sont irrégulières, arrivent tous les quinze jours et ont une durée de deux.

À vingt ans devient syphilitique. À vingt-quatre contracte la blennorragie; elle est soignée dans un hôpital, un mois après elle fut envoyée à l'asile Sainte-Anne où elle fut très agitée pendant un an.

Transférée à l'asile de Bailleul le 17 mai 1890, la malade présente à l'admission un état de *dépression mélancolique* chez une dégénérée mentale.

31 mai 1890. — Période de dépression succédant à un accès d'excitation.

2 juin 1892. — Tous les jours se plaint de malaises divers.

Août 1901. — Même état maniaque avec tendances hypocondriaques qu'entretiennent certaines manifestations spécifiques (plaques muqueuses au vagin et leucorrhée).

Novembre 1904. — Même état.

17 février 1906. — Nous pratiquons sur les instances de la malade l'examen gynécologique. Elle se plaint de douleurs abdominales.

Il nous montre : un érythème léger aux cuisses. Le toucher est douloureux. Les culs-de-sac sont souples et se laissent déprimer. La miction est douloureuse au moment de la menstruation; la douleur est plus forte et s'irradie dans les cuisses.

Au spéculum le col apparaît normal comme couleur et volume.

Nous instituons le traitement, l'écoulement disparaît. Les préoccupations hypocondriaques persistent. « On lui brûle le passage toutes les nuits. »

1^{er} juillet 1906. — Même état mental.

État actuel : Pas de modification.

Réflexions. — Il s'agit ici d'une dégénérée et d'une syphilitique, chez laquelle survint un état mélancolique entrecoupé de périodes d'excitation. La malade se plaignant de pertes blanches, un traitement antiseptique fut institué, bien que l'examen gynécologique n'ait permis de constater aucune lésion inflammatoire bien nette. Il ne survint aucune amélioration dans l'état mental à la suite de ce traitement, ce qui n'est pas fait pour nous surprendre, vu le peu d'importance de l'affection somatique et surtout le degré de prédisposition délirante et les tares présentées par cette malade.

Dans les quatre dernières observations que nous venons de rapporter, le traitement des lésions inflammatoires utérines a donc amené deux fois la disparition d'un état mélancolique, une fois son amélioration avec sortie possible de l'asile de la malade ; une seule fois il n'a eu aucun résultat appréciable.

Ces observations nous permettent encore de juger l'importance qu'il y a à déceler et à traiter rapidement les lésions infectieuses génitales de la femme, même en dehors de tout rapport avec l'accouchement, ces lésions organiques pouvant s'accompagner d'états mélancoliques qui subissent le plus souvent une heureuse influence du fait de la guérison du trouble somatique.

III

Nous avons vu, dans notre premier chapitre, combien les troubles digestifs en général et en particulier les affections de l'estomac et du foie étaient fréquemment liés à la mélancolie. Les infections chroniques chirurgicales de ces organes devront être à leur tour recherchées avec le plus grand soin dans les états mélancoliques, car, ici encore, du traitement organique paraît dépendre le pronostic du trouble mental.

Nous tenons à rapporter ici l'observation d'une malade dont l'histoire résumée a été déjà publiée par M. Picqué (1) ; ayant eu la chance de revoir dernièrement cette malade, nous en avons complété l'observation surtout au point de vue de l'état actuel, qui certes était intéressant à constater puisqu'il devait nous éclairer définitivement sur les résultats lointains d'une opération pratiquée sur une affection grave.

Il s'agit d'une femme qui, au cours d'une appendicite chronique restée ignorée, devint mélancolique. Peu à peu les forces physiques de la malade avaient disparu, l'anorexie était devenue inquiétante, l'amaigrissement extrême, tandis que des douleurs sourdes dans la fosse iliaque, non accompagnées de vomissements, mais jointes à une constipation opiniâtre, avaient fini de plonger la malade dans un état voisin de la cachexie. L'évolution de ces troubles physiques avait été accompagnée d'une évolution parallèle de troubles mentaux ; ceux-ci nécessitèrent l'internement de la malade qui, de Sainte-Anne, fut envoyée à l'asile de Villejuif où le diagnostic d'appendicite chronique put enfin être porté. Nous

(1) *Chirurgie des aliénés*, par L. PICQUÉ et DAGONET, t. III, p. 412.

verrons par l'exposé de l'observation les bénéfices que devait retirer la malade de ce diagnostic puisqu'il permit le traitement chirurgical de son affection infectieuse et la guérison consécutive de son état mélancolique.

OBSERVATION XIX (Personnelle). — G..., Julie, âgée de quarante-trois ans, venue du service du Dr Briand, de Villejuif, entre au Pavillon de chirurgie le 2 mai 1900.

Antécédents héréditaires. — Père mort à vingt-huit ans, après dix-huit mois de mariage, à la suite d'un refroidissement ?

Mère morte à soixante-seize ans d'un cancer de l'estomac. Nerveuse, portée à la tristesse.

Pas de frères et sœurs.

Grand-père paternel mort, très âgé, aux Invalides.

Grand-mère paternelle emportée en douze heures par une hémorragie cérébrale.

Grand-père maternel, buveur, mourut à soixante-dix-huit ans, paralysé.

Grand-mère maternelle assez bizarre, souffrit beaucoup moralement de voir son mari se livrer à la boisson.

Antécédents personnels. — Née dans la Sarthe en 1837, G... fut élevée par sa mère qui l'entoura des soins les plus dévoués.

A cinq ans elle est envoyée à l'école et y reste jusqu'à l'âge de douze ans, se montrant toujours bonne élève, studieuse, intelligente.

A treize ans, variole (?)

Premières règles à quinze ans, toujours bien réglée depuis.

A dix-neuf ans, elle vint à Paris et remplit les fonctions de caissière chez un de ses oncles commerçant.

De l'âge de vingt ans à celui de trente-trois, rien de bien particulier à noter dans l'existence de M^{me} G...

Elle se plaignit cependant vers l'âge de vingt ans de coliques, accompagnées de constipation alternant avec des débâcles diarrhéiques, que le médecin traitant qualifia d'« *entérite* ». Un repos de quelques jours au lit, la diète lactée eurent vite fait d'amener la disparition de ces symptômes.

A trente-trois ans elle se marie et en 1893, âgée alors de trente-six ans, elle met au jour une fille. Grossesse normale. Accouchement pénible, travail très lent : application de forceps suivi de dilatation bimanuelle et d'incisions sur le col. Enfant en état de mort apparente, fut facilement ranimé.

Suites de couches absolument normales. Pas de fièvre, aucun trouble mental, pas d'idées tristes, nul découragement. Sa fille fut confiée à une nourrice.

A trente-neuf ans (en 1896) première crise, nettement appendiculaire, avec douleurs dans la fosse iliaque droite, constipation alternant avec

diarrhée fétide, pas de vomissement. La crise ne fut pas diagnostiquée appendicite, mais entérite; elle fut suivie de nombreuses poussées douloureuses semblables de 1896 à 1899. La malade commença à maigrir, à moins bien s'alimenter, à perdre ses forces.

A ce moment survinrent des inquiétudes et des chagrins. Une de ses tantes, à qui elle était très attachée, est emportée subitement par une crise d'angine de poitrine; sa fille contracte la scarlatine, et durant quarante jours G... reste à son chevet, lui prodiguant les soins les plus dévoués.

Les crises appendiculaires redoublèrent de fréquence.

C'est en février 1900 que, sur ces entrefaites, la malade eut l'idée d'en finir avec la vie. Cette idée lui fut suggérée comme par une voix intérieure. « qui ne parlait pas à l'oreille, dit la malade, mais lui dictait une pensée qui allait à l'encontre de sa pensée véritable », car elle sentait bien qu'elle aurait la force de résister à ces ordres. Cette voix intérieure lui commanda un jour de se couper le cou avec un canif qu'elle tenait à la main, elle voulut aussi qu'elle se jette par la fenêtre. Mais elle jeta le couteau et résista sans peine à l'ordre de se jeter par la fenêtre.

« Cette parole intérieure ne la forçait jamais à articuler un mot ou une phrase. Mais elle était obsédante par ses ordres qui se répétaient plusieurs fois par jour. »

La malade devint, à partir de ce moment, très triste et très découragée. Elle s'alimentait difficilement, maigrissait, ne s'occupait plus des travaux de son intérieur.

Ces troubles décidèrent le mari à conduire sa femme à la campagne pendant deux mois. Le changement de vie et de climat n'amènèrent aucun changement dans les idées noires de M^{me} G...

En septembre 1900, retour à Paris. Nouvelle crise douloureuse dans la région iliaque, toujours sans vomissement, et toujours diagnostiquée « entérite ».

Les idées tristes et le découragement augmentent; la malade s'accuse de ne pas avoir assez bien soigné sa fille pendant sa scarlatine, regrette ne pas s'être rendue auprès de sa tante emportée subitement par une angine de poitrine, etc. Idées obsédantes de suicide de plus en plus marquées; « la malade nous avoue qu'à ce moment elle se demandait si elle n'allait pas devoir leur obéir ».

C'est alors que le docteur de la famille conseille le placement dans un asile d'aliénés, et le 6 octobre 1900 la malade entrait à l'asile Sainte-Anne où le certificat suivant était délivré :

« Est atteinte de dégénérescence mentale avec obsessions et impulsions au suicide. Pleure dès qu'on lui parle, voudrait mourir sans savoir pourquoi. Des voix lui disent : « cogne-toi la tête contre le mur, je veux que tu te suicides; tu deviendras phthisique comme les malades que tu soignes ».

Certificat de quinzaine du 20 octobre 1900 :

« Dégénérescence mentale avec MÉLANCOLIE et impulsions au suicide. Conscience de son état ; obsessions pénibles. Hallucinations. A maintenir. »

Transférée à Villejuif dans le service du Dr Briand, elle fut encore atteinte de crises douloureuses dans la région de la fosse iliaque droite ; « une de ces crises, nous dit la malade, qui survint en janvier 1901, dura huit jours et fut la plus terrible qu'elle eût jamais endurée. On la mit à la diète hydrique, on lui donna du laudanum, etc. ».

Le 23 mars, nouvel accès, et c'est à ce moment que le diagnostic d'appendicite chronique à répétition est porté par M. Briand qui juge nécessaire le transfert de la malade au Pavillon de chirurgie.

La malade arrive au Pavillon le 2 mai 1901. L'examen pratiqué par le Dr Picqué démontre l'existence d'un point de Mac-Burney très net. Sensation d'empâtement profond. L'examen utérin est négatif.

L'opération est pratiquée le 5 mai. Incision de Roux.

L'appendice se trouve placé à la face postérieure du cæcum et adhérent. Le décollement est néanmoins assez facile. Résection. Enfouissement du pédicule. Pas de drainage.

La malade rentre guérie le 5 juillet à Villejuif et dès le 8 juillet M. Briand pouvait délivrer le certificat de sortie qui était ainsi conçu :

« Dégénérescence mentale, renonce à ses idées de suicide et est aujourd'hui suffisamment améliorée pour pouvoir être rendue à son mari qui la réclame et s'engage à la surveiller. »

Réflexions. — Nous nous trouvons dans ce cas en présence d'une appendicite chronique à rechutes, restée longtemps latente, ignorée, et qui détermina chez une malade, certainement prédisposée, mais ayant cependant vécu jusqu'à l'âge de quarante ans sans donner aucun signe de dérangement cérébral, un état mélancolique, dont l'amélioration rapide, à la suite d'une intervention opératoire pratiquée par M. le Dr Picqué, permit la sortie en liberté de la malade, deux mois exactement après l'opération.

Nous avons pu revoir M^{me} G... le 3 juin 1907, c'est-à-dire six ans après son internement et son opération. Aujourd'hui âgée de cinquante ans, G... a pu nous donner les détails les plus précis et les plus minutieux sur son histoire pathologique et sur toute sa vie. C'est ainsi qu'elle nous a raconté l'amélioration qui se manifesta dans son état immédiatement après l'opération. Les forces revinrent petit à petit, son appétit augmenta, et en même temps sa tristesse, son découragement et ses idées de culpabilité disparurent. Rendue à son mari, elle se prodigua avec courage aux soins du ménage, comme avant sa maladie.

« Cependant, nous dit-elle, j'ai toujours dans la tête comme une voix intérieure, intime, qui me donne l'ordre de me suicider. Ces idées m'ennuient, mais jamais, depuis mon opération, j'en'ai eu l'intention de me faire du mal. Ces sortes de voix sont obsédantes, elles me redisent plusieurs fois par jour : « Jette-toi par la fenêtre », ou encore : « Jette-toi sous le tramway ». Mais je n'entends jamais ces voix par l'oreille, c'est comme une pensée forcée qui me vient à la tête. Je n'ai jamais senti, non plus, une voix intérieure parlant dans ma tête et n'ai jamais parlé toute seule. »

D'après les renseignements que nous donne G... nous remarquons que son état mental présente encore des idées obsédantes, entretenues par une variété de phénomènes qui ne sont ni des hallucinations auditives verbales, ni des hallucinations psychomotrices, la malade n'ayant jamais entendu de voix par l'oreille, ni éprouvé de sensation motrice correspondant aux mots obsédants, mais qui nous paraissent rentrer dans la catégorie des faits que Régis (1) définit « matérialisation de l'obsession, transformation de l'idée émotive en sensation extériorisée, production d'une idée image », qu'il désigne sous le nom « d'hallucinations représentatives » et que Kandinsky appelait « pseudo-hallucinations ».

Malgré la persistance de ces obsessions avec hallucinations représentatives, l'état mental de M^{me} G... a recueilli de l'intervention chirurgicale les plus grands bénéfices. N'oublions pas, d'ailleurs, que ces obsessions avaient apparu bien avant l'internement, et avaient eu une existence bien distincte de l'état mélancolique proprement dit (découragement, tristesse, pleurs, idées de culpabilité) qui disparut avec l'infection latente à laquelle il était lié.

Les obsessions et pseudo-hallucinations présentées par M^{me} G... nous paraissent avoir joué, dans son histoire, le rôle que jouent si fréquemment au cours d'états mélancoliques les obsessions ordinaires, rôle qui a été bien défini par Serge Soukhanoff et Pierre Gannouchkine (2) dans un travail de la Clinique psychiatrique de Moscou.

« Parfois, disent ces auteurs, pendant l'accès mélancolique, on peut observer des idées obsédantes très marquées et des peurs obsédantes ; parfois les unes et les autres sont tellement vives

(1) RÉGIS, *Précis de Psychiatrie*, p. 95.

(2) SERGE SOUKHANOFF et PIERRE GANNOUCHKINE, Travail de la Clinique psychiatrique de Moscou. *Annales médico-psychologiques*, 1903, p. 230 et 231.

que le malade se plaint avant tout de ses idées et de ses peurs obsédantes (p. 230).

Mais, disent Soukhanoff et Gannouchkine : « là où les idées obsédantes sont dans la mélancolie exprimées d'une manière très vive, elles existaient pour sûr aussi avant la mélancolie ».

« Dans d'autres cas de mélancolie avec obsessions morbides on ne parvient pas parfois à constater, ni en questionnant le malade, ni en questionnant ses proches, que les idées obsédantes existaient avant l'apparition de la mélancolie ; mais à l'anamnèse plus détaillée on peut s'assurer que le caractère d'un tel malade présentait des particularités servant d'indication sur les idées obsédantes rudimentaires : on apprend qu'un tel malade avait un caractère inquiet, indécis, correspondant, d'après notre avis, à la constitution....

« Lorsqu'un mélancolique, ayant des idées obsédantes, se rétablit, alors les idées obsédantes s'affaiblissent aussi, l'angoisse peut même tout à fait disparaître, mais ces idées obsédantes, quoiqu'en degré très faible, restent : elles peuvent ne pas empêcher le malade de s'occuper d'affaire, le malade peut même s'habituer à ne point faire attention à ses idées, mais leurs traces restent pour toujours, à ce qu'il paraît. »

Ce que ces auteurs disent des obsessions nous paraît pouvoir s'appliquer entièrement aux pseudo-hallucinations obsédantes présentées par M^{me} G...

M^{me} G... est une prédisposée, elle a toujours été, nous dit-elle elle-même, bizarre, timide, scrupuleuse ; ses obsessions comme ses pseudo-hallucinations relèvent uniquement de son tempérament, de sa constitution. Son état mélancolique au contraire, s'il tenait en partie à son tempérament psychique, était surtout lié à son état infectieux appendiculaire, puisque la guérison de son appendicite a déterminé la disparition de sa mélancolie.

L'opération ne pouvait enlever à M^{me} G... son tempérament, son terrain prédisposé ni les manifestations qui en dépendent, elle l'a seulement débarrassée d'un état mélancolique qui, grâce à l'infection, avait germé sur ce terrain.

Mais que serait devenue cette malade, si l'intervention chirurgicale n'avait été appliquée en temps utile ? Aurait-elle été emportée par une poussée aiguë de son appendicite ? Serait-elle restée mélancolique et petit à petit tombée dans la stupeur ou dans un état inguérissable ? Toutes les suppositions sont, dans cet ordre d'idées, permises, mais les résultats, heureusement pour la ma-

lade B..., sont tout autres, et ils paraissent bien démonstratifs.

Depuis l'opération subie, G..., comme nous l'avons dit, a repris ses anciennes habitudes, elle vit comme elle avait toujours vécu, s'occupant de son intérieur et des soins de son ménage. Elle a cinquante ans, elle n'est plus réglée depuis un an, et, fait remarquable, chez cette prédisposée « la ménopause, époque de prédilection pour la lypémanie (1), « la ménopause, si justement appelée époque critique, période dangereuse à traverser pour beaucoup de femmes, période qui, pour les personnes ayant déjà eu antérieurement un ou plusieurs accès de folie, est l'occasion d'un nouvel accès ou d'une rechute » 2, la ménopause, disons-nous, n'a déterminé aucun nouveau trouble mental.

Les résultats fournis par cette opération sont donc bien concluants : un état mélancolique, déterminé chez une prédisposée (qui n'avait jamais été internée jusque-là) par une infection latente appendiculaire, a guéri par le traitement chirurgical de l'infection et n'a plus eu de rechute.

Voici encore une observation d'état mélancolique, en relation avec une infection intestinale chronique, qui retira les plus heureux effets de l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION XX (obs. XIII publiée par L. Picqué dans « Psychoses et interventions chirurgicales ». — Fistule stercorale. *Délire mélancolique*. Guérison simultanée de la fistule et du délire par Lucien Picqué.

G... Marie, trente-cinq ans, service de l'admission.

Le certificat suivant est établi à l'entrée par M. Magnan :

« 16 février 1905. — Est atteinte de *délire mélancolique* avec idées confuses de persécution. Irritabilité morbide. Excitation excessive. Plaie à l'abdomen après opération (fistule stercorale). »

Cette malade raconte qu'elle fut prise subitement d'une crise d'appendicite caractérisée par une douleur en coup de pistolet dans la fosse iliaque droite et des vomissements.

Transportée d'urgence à l'hôpital Beaujon, elle fut pendant trois jours traitée par la diète et la glace sur le ventre. Au bout de ce temps une nouvelle crise nécessite une opération immédiate qui fut pratiquée par les internes du service.

Reprise de fièvre au dixième jour, elle fut réopérée.

Quelques jours après seulement, au dire de la malade, une fistule stercorale s'établit.

(1) GILBERT BALLET, *Traité de pathologie mentale*, p. 314.

(2) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Dechambre, 1883. article Folie sympathique, par E. RÉGIS, p. 703.

La malade fut transportée au service des chroniques et soumise à l'usage de la morphine pour calmer les douleurs qu'elle éprouve.

La malade tomba rapidement dans un état de déchéance physique et mentale. Les récriminations incessantes auxquelles elle se livra motivèrent son envoi à Sainte-Anne où elle fut reçue avec le certificat déjà cité de M. Magnan à la date du 16 février 1905.

Elle fut dirigée sur le Pavillon à la date du 18 février 1905.

L'état de cachexie est extrême.

A l'examen on constate au niveau de la ligne médiane sous-ombilicale une fistule fournissant une quantité abondante de matières. L'intestin fait hernie entre les doigts.

M. Picqué pratiqua une intervention très simple avec l'assistance de M. Grégoire, prosecteur à la Faculté.

Décollement de l'intestin après pincement préalable.

On reconnaît que cette fistule, peu étendue, est placée sur une anse grêle, ce qui jette quelque doute sur l'origine appendiculaire possible des accidents.

Quoi qu'il en soit, la fistule est fermée par deux plans de sutures.

Double drainage. Suture de la paroi à deux plans

La guérison opératoire fut rapide et la malade put quitter le service le 13 avril. La malade a engraisé. Toute idée délirante a disparu : la malade ne conserve qu'un sentiment de colère contre le chirurgien qui l'a opérée le premier.

Le 16 juin 1905. — Certificat de sortie délivré par M. le Dr Dubuisson : « Entrée pour délire mélancolique, est actuellement dans un état mental très satisfaisant et peut être rendue à sa famille qui la réclame. »

Réflexions. — Le bénéfice retiré par cette malade de l'intervention chirurgicale paraît tout aussi important au point de vue mental qu'au point de vue physique. Le délire mélancolique survenu après une première opération malheureuse, au milieu de symptômes infectieux très nets qui avaient déjà déterminé un degré de cachexie avancé, s'atténua dès que la lésion organique fut rationnellement traitée. Quatre mois après l'opération, la malade pouvait quitter l'asile et être rendue à sa famille.

IV

Nous avons, jusqu'à présent, rapporté des observations de mélancolie dans des états infectieux chroniques soit des organes génitaux de la femme, soit de l'appareil digestif. Mais à ces infections ne se borne pas l'origine de certains états mélancoliques qui nous semblent pouvoir apparaître, chez des prédisposés, au cours des infections chroniques les plus diverses. Voici un cas

d'infection osseuse dont le traitement opératoire amena une grande amélioration dans l'état mélancolique présenté au même moment par le malade.

OBSERVATION XXI obs. tome III de *Chirurgie des aliénés*, par L. Picqué et Dagonet, p. 107). — *Psychose infectieuse d'origine fibreuse*. — V... Émile, quarante et un ans, entre au Pavillon le 20 mars 1902.

Certificat de M. Magnan : « *Délire mélancolique*. Idées de persécution et de culpabilité. Préoccupations hypochondriaques. Plaintes, gémissements. Refus d'aliments. »

Le malade est dans un état de profonde cachexie. A l'examen on constate que les incisives supérieures sont tombées ; il existe à ce niveau des orifices fistuleux multiples laissant sourdre une suppuration abondante : tuméfaction notable du bord libre et de la partie adjacente de la voûte palatine.

Opération : Incision sur le bord libre. Décollement de la muqueuse palatine qui tombe en formant un lambeau.

Décollement de la surface alvéolaire. Découverte d'un grand *séquestre* immobile comprenant le bord libre du maxillaire et une partie de la voûte palatine. Résection.

Pas de réunion : guérison complète au bout de quatre jours. A partir de ce moment l'état général du malade s'améliore rapidement : l'alimentation est possible et désirée par le malade depuis qu'il n'absorbe plus de pus.

L'amélioration mentale se produit en même temps et le malade n'a plus d'idées de suicide. Le malade est mis en liberté et quitte l'asile le 6 mai. M. Magnan a mis la note suivante sur son dossier.

« Accès de mélancolie en voie d'amélioration, peut être rendu à son ami M. B... qui le ramènera chez sa mère à B. »

Réflexions. — Nous nous trouvons encore ici en présence d'un cas très net d'état mélancolique qui a guéri par la suppression d'un foyer infectieux auquel il était lié, les divers symptômes physiques ayant disparu parallèlement à l'amélioration de l'état physique du malade.

Des vingt et une observations que nous venons de rapporter il se dégage que les états mélancoliques, apparaissant au cours d'états infectieux chroniques d'origine chirurgicale, recueillent du traitement opératoire les meilleurs effets et que la voie rationnelle, dans laquelle M. Picqué s'est engagé, doit permettre à ces troubles mentaux de bénéficier largement de l'intervention chirurgicale.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — ROLE DE LA DÉGÉNÉRESCENCE ET ROLE DE L'INFECTION. — CAUSES ADJUVANTES. — PATHOGÉNIE.

I

L'importance que joue la prédisposition héréditaire dans l'étiologie des troubles mentaux est depuis longtemps reconnue de tous les médecins aliénistes. « Il existe, disait Magnan en 1895, certains cas dans lesquels une psychose s'est développée apparemment en dehors de toute prédisposition héréditaire. Mais il existe toujours dans ce cas une prédisposition qui équivaut à cette dernière » (1).

Joffroy (2), étudiant la folie brightique, Toulouse (3) décrivant les troubles mentaux de l'urémie, ont fait, à leur tour, la juste part qui revient à la prédisposition et aux troubles organiques dans l'éclosion de certains délires.

La prédisposition nous paraît également indispensable pour qu'un sujet présente, à l'occasion d'une infection chronique, un état mélancolique.

Les différents auteurs qui ont étudié les troubles mentaux des nouvelles accouchées, ont d'ailleurs signalé l'importance de la dégénérescence mentale dans l'étiologie de ces psychoses. Pour Campbell-Clark, pour Privat de Fortunio, pour Dupouy, l'infection puerpérale peut bien déterminer l'apparition de troubles délirants, mais il lui faut encore le concours d'un terrain favorable préparé par la dégénérescence. « Si les parents, disait dans le même ordre d'idées le professeur Joffroy, n'ont présenté aucune tare, si la malade elle-même à aucun moment n'a présenté de manifestations, elle pourra mourir de son infection puerpérale, mais elle ne fera pas de folie puerpérale. »

(1) MAGNAN et LEGRAIN. *Les dégénérés*, 1895.

(2) JOFFROY, De la folie brightique. *Bulletin médical*, 1891, et 1894, p. 409 et 1049.

(3) ED. TOULOUSE, Les troubles mentaux de l'urémie. *Gazette des hôpitaux*, 1894.

Dans les observations de mélancolie en relations avec une infection chronique ou latente que nous avons rapportées, la dégénérescence était aussi, certainement, en cause. L'observation de ces malades signalait en effet ou des antécédents héréditaires chargés, le père la mère ou un proche parent ayant été interné ou étant décédé paralysé, ou des particularités individuelles, telles que des obsessions, des phobies, des bizarreries de caractère, ne laissant aucun doute sur la prédisposition aux troubles mentaux du sujet. Mais si la dégénérescence mentale nous paraît avoir été nécessaire, l'infection n'en a pas moins eu sa grande part dans la production de l'état mélancolique. La dégénérescence a préparé, l'infection a fait naître. Comme le disait si judicieusement M. Picqué (1), « la dégénérescence mentale est une cause prédisposante nécessaire, l'infection n'intervient que comme cause occasionnelle sans laquelle la prédisposition ne saurait entrer en jeu ». Ainsi, sans l'état infectieux, qui est venu réveiller une prédisposition latente, nous pouvons admettre que le délire n'eût pas éclaté. Si nous considérons le passé de nos malades, et d'abord celui des infectées puerpérales ayant déliré, nous constatons que celles-ci ont accouché les unes une fois, les autres deux, trois et jusqu'à six et sept fois. Jamais, cependant, aucun trouble mental n'était venu inquiéter leurs suites de couches; il a fallu une infection utérine passée, il est vrai, longtemps inaperçue, mais non moins certaine, puisqu'un jour constatée, pour déterminer chez elles une dépression ou un délire mélancolique, avec ou sans idée de suicide.

Chez nos malades autres que les infectées puerpérales, même coexistence de l'état mélancolique et de l'état infectieux. Pour certains sujets, telle M^{lle} G..., atteinte d'appendicite chronique, la relation était tellement évidente, que l'entourage lui-même de la malade constatait les progrès du trouble mental en même temps qu'augmentait le dépérissement physique produit par l'infection cachée. Mais ce n'est pas seulement par leur ordre d'apparition que se rapprochent les troubles mentaux de nature mélancolique et certaines infections chroniques chirurgicales; les deux sortes de phénomènes évoluent et se développent aussi d'une façon parallèle, l'état mélancolique s'aggravant avec les progrès et la durée de l'infection, diminuant, au contraire, en même temps que le trouble organique s'atténue.

(1) PICQUÉ, Infections latentes d'origine utérine, p. 41. *Revue de Psychiatrie*, janvier 1905, n° 1.

Il existe enfin un argument plus concluant en faveur de la relation étroite qui unit l'état mélancolique à l'état infectieux, et cet argument, qui avait manqué aux partisans de la folie sympathique pour amener le triomphe de leur doctrine, nous est fourni par les résultats de l'intervention chirurgicale sur la lésion somatique. « Ce qui manqua à la doctrine de la folie sympathique pour triompher, dit avec raison M. Picqué, c'est le concours de la chirurgie. Ses défenseurs montraient bien des troubles mentaux évoluant parallèlement aux lésions locales, s'aggravant avec celles-ci, disparaissant de même lentement avec elles... L'intervention chirurgicale amène du coup la guérison rapide de la lésion locale et du trouble mental (1), et les résultats ainsi obtenus par le bistouri sont plus forts que tous les raisonnements : ils doivent faire tomber toutes les préventions et ramener à la conception primitive de Loizeau et Azam (1). »

Ainsi l'origine infectieuse des états mélancoliques que nous avons rapportés s'appuie sur la coexistence de l'état mélancolique et de la lésion organique infectieuse, sur le parallélisme constaté de leur évolution, mais surtout sur l'heureuse influence qu'exerce sur les troubles physiques le traitement rationnel chirurgical du foyer infectieux.

D'un côté la dégénérescence mentale, d'un autre l'infection chronique d'origine chirurgicale nous paraissent donc avoir contribué à provoquer chez nos malades l'apparition d'un état mélancolique qui a le plus souvent guéri ou a, du moins, été très amélioré par l'intervention opératoire, et ces deux facteurs doivent être reconnus également car, comme le disait Régis en parlant des lésions organiques en général : « Si l'on admet qu'il existe des folies consécutives à l'action de causes morales, spécifiques, etc., bien que leur intervention n'ait été qu'occasionnelle, on ne saurait ne pas reconnaître à l'action analogue des troubles organiques (ici nous dirons à l'action de l'infection chronique chirurgicale) la même portée. » « En raisonnant autrement on en arriverait à admettre en fin de compte, qu'une seule espèce de folie, la folie héréditaire » (2).

(1) L. PICQUÉ, Infections latentes d'origine utérine; déjà cité, p. 12.

(2) RÉGIS, déjà cité, dans Folie sympathique, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Dechambre, 1883.

II

A la prédisposition du sujet aux troubles psychopathiques et à l'infection chronique qui a provoqué chez ce sujet l'éclosion d'un état mélancolique, se joignent parfois certains autres éléments qui, sans jouer un rôle étiologique aussi important, peuvent néanmoins revendiquer celui de causes adjuvantes.

A cette catégorie appartiennent les émotions, les chagrins, les soucis, les frayeurs; nous avons trouvé signalé, dans plusieurs des observations que nous avons rapportées, les chocs de cette nature auxquels furent soumis plusieurs de nos malades dans la période qui précéda leur internement. Le surmenage, l'épuisement physique contribuent également à rendre le terrain du prédisposé encore moins résistant à l'action du processus infectieux. On peut aussi admettre que l'altération d'un organe important de l'économie, l'insuffisance hépatique et rénale, les auto-intoxications de toute sorte ne sont pas sans diminuer la résistance de l'organisme à l'infection. On connaît aujourd'hui les rapports fréquents de la mélancolie avec la dilatation de l'estomac, avec les troubles des fonctions, hépatique ou rénale, et nous avons déjà signalé l'opinion de Bettencourt-Rodriguez (1), qui déclarait « qu'au nombre des causes prochaines et immédiates de la folie qu'il nous faut rechercher à côté de l'hérédité, dont l'influence est admise par tout le monde, on doit accorder une place importante aux phénomènes d'auto-intoxication gastro-intestinale dans les formes dépressives et mélancoliques ». La présence de ces troubles peut, nous semble-t-il, favoriser l'action de l'infection chronique et jouer parfois un certain rôle, quoique secondaire, dans les états mélancoliques provoqués par une infection chronique chirurgicale.

Idanoff, de Moscou, étudiant l'étiologie de la folie puerpérale, avait soin de ne pas borner son examen aux seuls organes génitaux. « Il est indispensable, disait-il, pour élucider définitivement l'étiologie de la psychose puerpérale, de procéder, dans tous les cas où elle se produit, à l'examen gynécologique. Indépendamment de cet examen, on devra explorer avec soin tous les autres organes, les causes d'infection pouvant provenir d'un grand nombre d'organes internes (2). »

(1) BETTENCOURT-RODRIGUEZ, de Lisbonne, Congrès de Paris 1889; déjà cité.

(2) Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale, par le Dr J. D. IDANOFF, de Moscou. *Annales médico-psychologiques*, 7^e série, t. XVII, mars 1893.

Les altérations organiques, parfois difficiles, cliniquement, à dépister, n'en jouent pas moins, en effet un rôle actif dans certains troubles mentaux. « Dans bien des cas où l'examen clinique et l'autopsie, disent A. Vigouroux et Delmas, n'avaient révélé aucune cause toxi-infectieuse, l'examen histologique des organes montre des lésions importantes, et combien d'organes restent inexplorés dont pourtant le rôle physiologique doit être de la plus haute importance! » (1).

On a signalé, dans ces dernières années, l'activité sécrétoire que présente la glande thyroïde (2) dans certaines intoxications et infections et on a décrit la réaction intense que manifestent les capsules surrénales lors de la pénétration de certains microbes dans l'organisme (3). — N'est-il pas permis de se demander si, dans certains états mélancoliques, liés évidemment à l'infection chronique chirurgicale, les altérations ou l'insuffisance antitoxique de ces glandes à sécrétion interne n'ont pu favoriser le développement du trouble mental?

Il nous semble logique d'admettre qu'en présence d'un état chronique infectieux, certains organes de l'économie sont parfois défavorablement influencés par l'intoxication, et contribuent alors, dans une certaine mesure, par leurs propres troubles, à la production de l'état mélancolique. Nous pourrions ainsi nous appuyer sur le rôle de ces causes adjuvantes pour répondre aux critiques de ceux qui ne voudraient pas reconnaître l'infection chronique chirurgicale comme cause possible de certains états mélancoliques. A ceux qui prétendent que tous les infectés chroniques ne deviennent pas mélancoliques, et que seuls le deviennent ceux qui ont « la folie en puissance », nous répondrons que, sans vouloir méconnaître l'importance de la prédisposition, dont nous avons signalé l'influence de premier ordre, il est très possible d'admettre le rôle des deux facteurs étiologiques, car si tous les infectés chroniques ne deviennent pas mélancoliques, tous les prédisposés ne le deviennent pas non plus. Et à ceux qui nous

(1) A. VIGOUROUX et A. DELMAS, Fréquence et pathogénie des ictus terminaux dans la paralysie générale, *Revue de Psychiatrie*, juillet 1907.

(2) Sur l'activité sécrétoire de la glande thyroïde dans quelques conditions morbides, par N. TIBERTI, *Lo Sperimentale*, an. LIX, fasc. 3-4, p. 267-280, mai-juin 1905.

(3) Des altérations anatomo-pathologiques des capsules surrénales au cours de l'infection streptococcique, par MM. LABSINE, *Archives des sciences biologiques*, publiées par l'Institut impérial de médecine expérimentale de Saint-Pétersbourg, t. XI, fasc. 4-5, p. 319-330, 1905.

objecteraient que tous les prédisposés soumis à l'influence d'une infection chronique chirurgicale ne deviennent pas mélancoliques, nous répondrons que c'est peut-être à l'influence de certaines causes adjuvantes (telles que chocs moraux, émotions de toutes sortes, épuisement physique, insuffisance d'organes antitoxiques ou de glandes à sécrétion interne, auto-intoxication d'origine gastrique, etc.), joignant leurs effets à ceux de l'infection chronique, que certains individus, prédisposés, infectés chroniques, ont dû de devenir mélancoliques.

Nous nous sommes efforcé, dans ce chapitre d'étiologie, de définir la part qui revient dans la production de certains états mélancoliques, à la dégénérescence mentale et à l'infection chronique, et nous avons cru devoir mentionner, à côté de ces deux grands facteurs essentiels l'influence possible, dans certains cas, de causes accessoires. Il n'est pas, croyons-nous, impossible que ce soit à l'absence de ces dernières (chocs moraux, fatigue, surmenage, auto-intoxications diverses, insuffisance fonctionnelle de glandes internes) que bien des prédisposés, soumis à des infections latentes, doivent de ne pas devenir mélancoliques.

Mais ajoutons que le rôle de l'infection n'en reste pas moins au tout premier plan, car sans l'état infectieux chronique la question de l'influence des causes accessoires ne se fût même pas posée, et que d'autre part le traitement seul de l'infection suffit en général à amener la guérison de l'état mélancolique.

Nous avons vu quelle était l'importance étiologique de l'infection; il nous reste à dire quelques mots de la façon dont elle agit.

III

Les anciens auteurs avaient fréquemment constaté l'influence de certaines affections organiques sur le développement des troubles mentaux, mais ils n'avaient pu en donner une explication admissible et logique. La question des poisons de l'organisme, des maladies infectieuses et des maladies par auto-intoxication, entrée depuis les travaux de Bouchard et de ses élèves « dans l'ère de la diffusion et de la généralisation », a permis de comprendre le retentissement de troubles organiques sur l'état psychique.

« A l'action hypothétique du grand sympathique, imaginée par Loizeau et Asam pour expliquer l'origine somatique de certains délires, on a substitué, dit Picqué, une pathogénie plus conforme

aux découvertes contemporaines. Les travaux récents publiés sur les intoxications endogènes venant du foie et du rein, montrent dans quelle voie féconde s'est engagée la psychiatrie française (1). » Et, ailleurs, M. Picqué s'exprime dans le même sens : « à l'action hypothétique du grand sympathique qui aurait été la cause du discrédit de cette doctrine, ... nous pouvons substituer aujourd'hui une pathogénie plus en harmonie avec la clinique. En remplaçant les données de l'anatomo-physiologie par celles de la pathologie, en mettant en lumière le rôle de l'infection, cette doctrine devient facilement acceptable » (2).

Du foyer infectieux chronique, où ils pullulent, diffusent dans le torrent circulatoire et par là même dans l'organisme tout entier, les microbes et leurs produits de sécrétion ou toxines qui vont pouvoir provoquer des désordres dans toute l'économie et entraîner des modifications parfois désastreuses de certains organes.

« L'infection, a dit Charrin (3), débilite nos cellules ; il suffit, pour en avoir une preuve grossière, de considérer, en dehors des altérations viscérales, ce qui se passe parfois du côté des ongles, des poils, des cheveux.... En outre, les éléments nerveux, éléments qui jouent un si grand rôle dans la nutrition, ne subissent-ils pas l'atteinte des sécrétions bactériennes ? »

Le système nerveux lui-même n'est donc pas à l'abri, plus que tout autre organe, de l'atteinte de l'infection. Solirène (4), étudiant les complications nerveuses de l'appendicite, signale des lésions de nerfs périphériques ayant eu avec les crises appendiculaires des rapports de causalité évidents. Raymond et Guillaïn, dans le même ordre d'idées, rapportent une observation de névrite ascendante consécutive à l'appendicite (5). L'infection peut aller plus loin que les nerfs périphériques et exercer ses funestes effets « sur les centres médullaires et encéphaliques et déterminer dans les cellules, les membranes ou le protoplasma de ces importants organes une véritable perturbation de leurs mu-

(1) L. PICQUÉ, Ce que doit être à notre époque la chirurgie des aliénés. Extrait de la *Revue de Psychiatrie*, mars 1907.

(2) L. PICQUÉ, *Archives internationales de chirurgie appliquée aux aliénés et de Psychothérapie chirurgicale*.

(3) BOUCHARD, *Pathologie générale*, t. II, p. 204. L'infection, par A. CHARRIN.

(4) Complications nerveuses des Appendicites, par ANDRÉ SOLIRÈNE, *Thèse de Paris*, 1906.

(5) Névrite ascendante consécutive à l'appendicite, par RAYMOND et GUILLAIN, *Revue neurologique*, 1905, p. 532.

tations nutritives et de leurs oxydations biologiques (1). »

Certains auteurs ont même signalé la présence de micro-organisme tant dans le liquide céphalo-rachidien que dans la substance corticale du cerveau au cours ou au décours de maladies infectieuses. C'est ainsi que R. Mills (2) croit pouvoir expliquer, par la présence de microorganisme dans les centres, les troubles mentaux de la grossesse et de l'état puerpéral.

Il n'y a donc rien de surprenant à ce que l'état physique et l'état psychique de l'infecté chronique traduisent, chacun à sa façon, leur atteinte par les éléments infectieux. L'état extérieur de fatigue, d'épuisement, poussé parfois jusqu'à la cachexie, nous paraît traduire les modifications des fonctions physiques, de même que l'état mélancolique, qui survient au cours de l'infection chronique chirurgicale, témoigne de la souffrance des centres nerveux et de leur imprégnation par les produits bactériens. — « Tout être humain, a dit Maurice de Fleury, extrêmement épuisé par une maladie, a tendance à la mélancolie neurasthénique » (3). N'est-il pas permis d'admettre que cette tendance doit être plus marquée, si à l'épuisement s'ajoute l'intoxication !

On a pu invoquer, pour expliquer certaine forme de mélancolie, l'influence exercée par les modifications organiques de l'involution sénile sur l'état psychique, et Capgras (4) a même voulu réduire la mélancolie en une psychose d'involution présénile. Pour nous, si diverses affections somatiques au même titre que les modifications organiques de l'involution sont capables de déterminer, grâce à la prédisposition du sujet, un état mélancolique, on ne peut non plus refuser aux altérations infectieuses chroniques, transformant un organe en un foyer septique d'où s'écoule dans l'économie un flot continu de toxines, le pouvoir de déterminer des troubles mentaux analogues.

(1) De la neurasthénie appendiculaire, par le Dr BENI-BARDES. *Progrès médical*, 2 décembre 1905.

(2) Rapport des maladies infectieuses avec les affections mentales (The relations of infectious processes to mental disease), par Ch. R. MILLS. *The american Journal of the medical science*, novembre 1894, p. 504.

(3) *Les grands symptômes neurasthéniques*, 1901, MAURICE DE FLEURY.

(4) CAPGRAS, Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile. Thèse de Paris, 1899.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC. — ÉTATS MÉLANCOLIQUES SIMPLES (DÉPRESSIFS, DÉLIRANTS) ET ANXIEUX, ÉTATS MÉLANCOLIQUES AVEC CONFUSION MENTALE, ÉTATS MIXTES (DÉPRESSION ET AGITATION), DANS LES INFECTIONS CHRONIQUES CHIRURGICALES.

DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT MÉLANCOLIQUE LIÉ A L'INFECTION CHRONIQUE CHIRURGICALE DES ÉTATS NEURASTHÉNIQUES ET DES DIVERS ÉTATS MÉLANCOLIQUES.

I

Les auteurs qui se sont appliqués à préciser les caractères des folies infectieuses en général et de la folie puerpérale, en particulier, ont toujours insisté sur la difficulté que l'on avait à en différencier les symptômes. « La symptomatologie des psychoses puerpérales, disait Dupouy, est éminemment variable, car elle est soumise à l'influence de plusieurs facteurs : l'intensité plus ou moins grande du processus d'auto-intoxication, son évolution aiguë ou chronique, les qualités physiques et morales du terrain, enfin l'origine du poison. Suivant la prédominance de tel ou tel facteur, le tableau chimique réalisé sera différent » (1).

Une conclusion cependant se dégageait assez nettement de la description symptomatique des folies puerpérales, c'était la fréquence des symptômes mélancoliques dans les formes chroniques de l'infection. L'infection chronique n'étant qu'une des formes de l'infection en général, il n'est pas surprenant que la mélancolie puisse apparaître au cours d'infections chroniques chirurgicales diverses, comme l'a signalé M. Picqué. « J'ai bien remarqué, dit M. Picqué, chez mes malades qu'aux formes aiguës de l'infection correspond la confusion mentale (délire hallucinatoire aigu de Furstner) et qu'aux formes chroniques correspond le délire mélancolique », et plus loin : « Pour ma part, j'ai toujours affirmé que la forme mélancolique pure ne se voit que dans les infections purement chroniques (2). »

(1) Dupouy, Psychoses puerpérales et processus d'auto-intoxication. *Thèse de Paris*, 1904.

(2) L. Picqué, *Psychoses infectieuses et interventions chirurgicales*.

Les états mélancoliques associés à l'infection chronique chirurgicale peuvent revêtir, à leur tour, une symptomatologie des plus variables selon l'influence de divers facteurs, tels que la prédisposition du sujet, son âge, son état de résistance, le degré de l'infection, etc.

On pourrait observer, croyons-nous, pour les états mélancoliques provoqués par l'infection chronique, ce que l'on observe dans les délires provoqués par l'intoxication alcoolique. Comme le fait remarquer G. Ballet, les excès alcooliques sont susceptibles de provoquer chez les dégénérés deux espèces bien différentes de troubles cérébraux, soit le délire purement toxique avec les hallucinations ordinairement visuelles qui le caractérisent, soit un simple délire de dégénérescence, l'alcool intervenant, dans ce dernier cas, moins en qualité d'agent spécifique que comme une sorte de « metteur en action » (1).

Dans les états mélancoliques provoqués, chez des prédisposés, par l'infection chronique chirurgicale, on peut également faire deux groupes bien distincts, le premier groupe comprenant les cas dans lesquels l'infection paraît seule en cause, tant son rôle est important, le deuxième groupe englobant les états dans lesquels l'infection semble réveiller un ensemble de prédispositions latentes ressortissant de la dégénérescence mentale. Dans le premier cas, l'état mélancolique serait avant tout, infectieux ; dans le deuxième, l'état mélancolique serait, surtout dégénératif, provoqué néanmoins par l'infection dont le rôle est toujours de premier ordre puisque, sans l'infection, la prédisposition serait restée latente de même que dans le délire alcoolique des dégénérés, sans l'alcool, le délire n'eût pas éclaté. Ces deux formes d'états mélancoliques doivent être d'ailleurs reliées par une série d'états intermédiaires dont la différence relève encore du degré d'influence des deux principaux facteurs, l'infection et la prédisposition, la maladie et le malade.

Les symptômes mélancoliques qui, dans nos observations, nous ont paru, le plus souvent, traduire l'infection chronique en rapport avec une affection chirurgicale, sont la dépression, le découragement, les idées d'indignité, de culpabilité et d'auto-accusation ; les idées de suicide de même que les préoccupations hypochondriaques sont aussi signalées fréquemment dans les certificats médicaux concernant nos malades. Les idées de persécution, les

(1) G. BALLET, Psychoses et affections nerveuses, 1897. *Les psychoses puerpérales*, p. 114.

illusions et les interprétations délirantes, accompagnées parfois d'hallucinations de l'ouïe, mentionnées dans certaines de nos observations, paraissent attester, dans ces cas, l'influence prépondérante de la dégénérescence mentale.

Aux symptômes mélancoliques s'ajoute parfois un certain degré de confusion mentale qui peut être provoquée par une poussée aiguë transitoire survenue dans l'infection chronique : en général la confusion se dissipe bien avant les symptômes mélancoliques, traduisant ainsi l'indépendance des deux états.

Nous avons seulement voulu énumérer ici les symptômes mélancoliques le plus fréquemment observés chez nos malades ; ces symptômes ressemblent, en tout point, à ceux que décrivent les traités classiques de psychiatrie, au chapitre Mélancolie, et permettent ainsi de rattacher les états mélancoliques liés à l'infection chronique aux formes ordinaires de la mélancolie : mélancolie simple avec dépression ou délire, mélancolie anxieuse.

La mélancolie stupide n'est pas signalée dans nos observations ; il est possible que cette forme apparaisse à la suite d'une infection chronique très ancienne et restée très longtemps méconnue ; tel n'était pas le cas de nos malades chez qui l'infection put être assez vite découverte. La mélancolie anxieuse et surtout la mélancolie simple, dans ses deux variétés, dépression mélancolique ou délire mélancolique, ont été presque toujours observées chez nos malades qui ont parfois présenté successivement de la dépression avec découragement puis un véritable délire, l'évolution de ses symptômes paraissant traduire les progrès de l'infection et de l'intoxication.

Nous commettrions un oubli en ne faisant pas remarquer que certaines de nos observations ont rapporté l'alternance ou l'association d'un état de mélancolie et d'un état d'excitation, en relations très nettes avec l'infection chronique chirurgicale. Il s'agit vraisemblablement alors de cas « de psychose maniaque dépressive » sous la dépendance de l'infection ; l'éclosion d'un de ces états mixtes, si bien décrits récemment en France par Deny et Camus (1), lors d'un état infectieux chronique, était certes intéressante à signaler.

(1) DENY et CAMUS, La psychose maniaque dépressive, 1907.

II

Si les états mélancoliques, liés à l'infection chronique chirurgicale, sont susceptibles de revêtir les formes cliniques les plus variées, leur diagnostic n'en restera pas moins facile à condition que chez tous les mélancoliques on pratique l'examen somatique le plus minutieux et le plus complet.

Chez les femmes accouchées récemment et devenues mélancoliques, on aura recours à l'examen gynécologique, seul capable de mettre en évidence une lésion inflammatoire. N'oublions pas que dans bien de ces cas, comme le disait Picqué, « les lésions sont peu bruyantes, tardives et demandent à être recherchées, car leurs symptômes sont parfois insignifiants et risquent de passer inaperçus chez des aliénés, surtout si la santé physique de la femme est, en apparence, satisfaisante; tantôt c'est une leucorrhée peu abondante, tantôt des douleurs sourdes dans le bas-ventre ou des troubles de la fonction menstruelle » (1). Hobbs avait bien raison d'affirmer « que ce n'est le plus souvent, que par une recherche faite systématiquement qu'on peut soupçonner l'existence de ces maladies chez les folles ».

Ce n'est d'ailleurs pas seulement à l'exploration gynécologique que doit se borner l'examen physique de la femme devenue mélancolique; chez elle, comme d'ailleurs chez l'homme, l'examen de tous les organes sera pratiqué, car s'il ne faut jamais perdre de vue, comme Ball le dit avec Heinroth, « que la folie est une maladie de l'être entier, et, par conséquent, que l'exploration physique est le complément nécessaire de l'étude psychologique de l'aliéné »; cette recherche des lésions somatiques nous paraît surtout nécessaire dans les états mélancoliques qui traduisent si souvent la souffrance psychique d'un organisme en proie à une affection physique.

On évitera de confondre l'état mélancolique survenant au cours d'une infection chronique avec la confusion mentale. « La dépression douloureuse et la propension au suicide avec intégrité de la conscience suffisent à diagnostiquer la mélancolie de la confusion mentale » (2); le confus est d'ailleurs plus anéanti, plus désorienté, plus incohérent, tout dénotant chez lui une certaine désagrégation psychique, absente chez le mélancolique qui conserve, en général, une certaine conscience de son état. Néanmoins le dia-

(1) L. PICQUÉ, Les infections latentes d'origine utérine. Déjà cité.

(2) GILBERT-BALLET, *Traité de pathologie mentale*, 1903.

gnostic peut être rendu difficile par le fait que la mélancolie peut aboutir parfois à une véritable confusion et que dans certains cas les deux états coexistent, par l'union d'un certain degré de confusion mentale à l'état mélancolique.

Le diagnostic de l'état mélancolique et de la neurasthénie peut, à son tour, présenter les plus grandes difficultés. Gilles de la Tourette (1) insistait sur les analogies des états neurasthéniques et de certaines affections d'ordre vésanique : « Vous aurez, disait-il, bien de la peine à les différencier (les états neurasthéniques) des états mélancoliques et hypocondriaques avec lesquels ils offrent de nombreux points de contact. »

Pour F. Boissier (2) ce n'est pas seulement par leur aspect symptomatique, « les signes physiques caractéristiques de la névrose se trouvant avec la même constance dans la vésanie, les signes psychiques étant de même nature et ne différant que par la plus grande intensité du processus dépressif de la mélancolie » que les deux affections se rapprochent au point de pouvoir se confondre, elles ont encore des liens de parenté plus étroits, comprenant dans leur étiologie l'influence des mêmes causes telles que l'hérédité, et peuvent même se succéder, « la neurasthénie n'étant qu'un premier degré de la mélancolie ».

Maurice de Fleury (3) partage l'opinion de Boissier, et pour cet auteur « la lypémanie n'est qu'une neurasthénie plus profonde et plus grave, et ces deux psychoses ont aussi cela de commun que l'une et l'autre peuvent affecter la forme dépressive ou la forme anxieuse. Tel que je le comprends, dit Maurice de Fleury, l'épuisement nerveux embrasse tout un groupe morbide qui va, sans transition brusque et par progression insensible, de la simple dépression passagère à la grande mélancolie délirante ».

Ces relations étroites de la mélancolie et de la neurasthénie sont aussi admises par Régis (4) qui déclarait, au dernier Congrès des médecins aliénistes tenu à Genève, « qu'entre les névroses et les psychoses il n'y a pas, comme on l'a cru longtemps, un fossé infranchissable ; elles sont reliées par des états intermédiaires.

(1) GILLES DE LA TOURETTE, Les États neurasthéniques. *Actualités médicales*. J.-B. Baillière, 1900.

(2) F. BOISSIER, Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressives considérées dans leurs rapports réciproques. *Thèse de Paris*, 1894.

(3) MAURICE DE FLEURY, *Les grands symptômes neurasthéniques*, 1901.

(4) RÉGIS, *Psychasténie et délire*. Communication faite au Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue latine, tenu à Genève-Lausanne, août 1907.

M. Arnaud a eu raison de montrer les relations qui existent entre la neurasthénie et les psychoses. A côté des cas où ces deux névroses sont associées, il en est d'autres où elles se ressemblent tellement qu'il est difficile de les distinguer ».

Pour le professeur Raymond (1), au contraire, « si la distinction entre les vésanies et les grandes névroses est souvent difficile, ce n'est pas une raison pour la supprimer, et si les psycho-névroses se rapprochent par bien des points des vésanies, elles s'en distinguent par des caractères importants ». Le degré de développement des symptômes psychiques doit différencier, dit le professeur Raymond, les névroses simples ou partielles des psycho-névroses et des vésanies. Les états neurasthéniques, « neurasthénie syndrome », assemblage de symptômes pouvant se rapporter à des états morbides fort différents doivent être diagnostiqués de la psychasthénie, « aboutissant naturel d'une prédisposition lointaine et profonde, héréditaire ou congénitale, dans laquelle les signes physiques n'ont plus qu'une importance secondaire » (2).

De même, dit encore le professeur Raymond (3), l'état mental des neurasthéniques doit être bien différencié de l'état mental des vésaniques; « il n'existe, en effet, chez ces malades (les neurasthéniques), aucune perversion du jugement, celui-ci restant sain dans son ensemble, malgré la dépression générale des facultés psychiques, débilitées et épuisées ». L'état mental du neurasthénique vrai diffère donc foncièrement — et je le souligne tout particulièrement — de celui que l'on rencontre chez les malades atteints de psychoses proprement dites ou des autres psycho-névroses que l'on décrit sous les noms de « psychasthénie » et « d'hystérie ».

Mais que l'on admette une différence radicale entre les états neurasthéniques et les états mélancoliques, ou que l'on considère ces deux états que comme les phases successives d'un même processus, on doit, tout au moins, reconnaître que les états neurasthéniques peuvent, comme les états mélancoliques, relever d'une cause semblable qui est l'infection chronique d'origine chirurgicale. Nous avons rapporté dans notre thèse une observation de mélancolie liée à une appendicite à rechutes et qui guérit par l'intervention chirurgicale; bien des auteurs, en particulier les

(1) Névroses et Psycho-névroses, par F. RAYMOND, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine. *Encéphale*, 2^e année, n° 1, janvier 1907.

(2) Neurasthénie syndrome, par F. RAYMOND. *Bulletin médical*, 20 mars 1907

(3) Neurasthénie syndrome, par F. RAYMOND. Déjà cité.

Dr Beni-Barde (1) et Jean-Ch. Roux (2), ont pu également recueillir des observations de neurasthénie appendiculaire ayant disparu par le traitement opératoire. On peut se demander, en lisant les observations de ces deux derniers auteurs, si ces neurasthéniques n'auraient pu devenir mélancoliques, dans le cas où l'infection appendiculaire aurait été longtemps ignorée, et si ce n'est pas l'intervention opératoire, pratiquée en temps opportun, qui ferma à ces malades la porte de l'asile.

S'il est souvent délicat de différencier l'état neurasthénique de l'état mélancolique, il est en général plus facile d'éliminer les états mélancoliques symptomatiques de la paralysie générale ou de la démence précoce. « La mélancolie paralytique, dit Dupré (3), se distingue par le caractère mobile, inconsistant, absurde des conceptions délirantes. Celles-ci sont des craintes de vol, d'empoisonnement, de mort; des idées de négation et de destruction d'organes; le délire est limité à l'organisme et au milieu ambiant du malade; il ne s'étend pas à la sphère métaphysique, ainsi que cela est si fréquent chez le mélancolique anxieux Arnaud. On ne constate que très rarement des idées de culpabilité, d'auto-accusation, d'hypocondrie morale, contrairement à la règle du mélancolique vésanique. » A ces caractères de la mélancolie paralytique s'ajoutent, pour confirmer le diagnostic, les signes physiques de la méningo-encéphalite diffuse et l'affaiblissement intellectuel global.

La mélancolie qui accompagne fréquemment la démence précoce se reconnaît à l'indifférence émotionnelle du sujet, à la diminution de ses facultés intellectuelles, aux antécédents du malade, chez lequel l'examen physique ne décelera pas de foyer infectieux chronique, pouvant expliquer l'état mélancolique.

L'état mélancolique lié à une infection chronique chirurgicale ne doit pas être confondu avec la mélancolie d'involution présénile, les deux états différant et par leur étiologie, et par leur pronostic. Tandis qu'il est permis d'espérer l'amélioration et la guérison de l'état mélancolique lié à l'infection chirurgicale, grâce à un traitement rationnel, la mélancolie d'involution ne paraît susceptible de bénéficier d'aucune thérapeutique. Nous ne pouvons donc admettre l'opinion de Capgras qui classait la

(1) De la neurasthénie appendiculaire; influence de l'appendicite sur la neurasthénie, par M. le Dr BENI-BARDE. *Progrès médical*, 2 décembre 1903.

(2) La dysepsie appendiculaire, par JEAN-CH. ROUX. *La Clinique*, 31 mai 1907.

(3) E. DUPRÉ, in *Traité de Pathologie mentale*, de Gilbert-Ballet, p. 978.

mélancolie liée aux intoxications chroniques dans les psychoses de décadence. « La mélancolie n'est pas une psychose post-infectieuse, disait Capgras; une altération aussi brusque des cellules nerveuses est suivie presque fatalement de confusion mentale. Seules les intoxications chroniques sont capables de produire la mélancolie. En un mot, sont toujours en cause des processus analogues à ceux de l'involution sénile, et en effet la plupart de ces mélancoliques jeunes présentent des lésions de sénilité précoce. Ils confirment ainsi notre manière de voir, et, en dépit de leur âge peu avancé, se rangent dans les psychoses de décadence (1). »

Les accès mélancoliques des folies périodiques diffèrent des états de mélancolie liée à une infection chronique par leur apparition spontanée, rapide, n'ayant exigé aucun concours de causes physiques; « (la brusquerie de la fin de l'accès, l'atténuation de ses aspects cliniques, la relative lucidité qu'on y rencontre, le fond du caractère de l'intermittent, sa méchanceté, son besoin de nuire et de calomnier » (2), la notion des tares héréditaires et du début relativement tardif de la psychose, joints aux données négatives de l'examen physique, sont autant de caractères qui permettent de diagnostiquer la mélancolie de la psychose périodique, de l'état mélancolique lié à une infection chronique chirurgicale. Le propre de l'état mélancolique lié à une infection est de se développer avec celle-ci, de disparaître ou de s'atténuer avec elle; « l'accès de la folie intermittente, au contraire, se développe spontanément ou sous l'influence de causes habituellement légères, le sujet possédant en lui la prédisposition, c'est-à-dire l'aptitude aux accès dont il paraît faire lui-même les frais » (3). L'état mélancolique provoqué par une infection chirurgicale ne se renouvelle pas, à moins de nouvelles causes pouvant l'expliquer, la mélancolie de la folie périodique réapparaît presque toujours.

(1) CAPGRAS, déjà cité.

(2) *Les psychoses périodiques*, par M. le Dr ANTHEAUME, Congrès de Genève-Lausanne, 1907.

(3) MAGNAN, De la folie intermittente. *Recherches sur les centres nerveux*, 2^e série, Paris, Masson, édit., 1893, p. 499.

CHAPITRE V

PRONOSTIC. — GUÉRISON OU AMÉLIORATION PARALLÈLE DE L'ÉTAT MÉLANCOLIQUE ET DE L'INFECTION CHRONIQUE. — CAUSE D'INSUCCÈS : RETARD DE L'INTERVENTION OPÉRATOIRE; PERSISTANCE D'UN FOYER INFECTIEUX, ETC. — AVENIR DES MALADES.

« Le plus souvent, disait Régis dans son article sur la folie sympathique le pronostic de la folie sympathique se lie à celui de la modification physiologique ou pathologique qui lui a donné naissance. Aussi peut-on dire, dans une certaine mesure, que la durée et le pronostic de la folie sympathique sont subordonnés à la gravité de l'affection organique génératrice » (1). Les mêmes termes paraissent pouvoir s'appliquer aux états mélancoliques liés aux infections chroniques chirurgicales, dont le pronostic dépend en général des modifications que subissent les lésions organiques.

Les infections chroniques chirurgicales, assez tôt diagnostiquées et convenablement traitées, ayant le plus souvent une évolution heureuse, il n'est pas étonnant que le pronostic de l'état mélancolique apparu au cours de l'infection soit favorable. « Dans les variétés mélancoliques dépendant d'infirmités curables, disaient dans cet ordre d'idées Picqué et Briand en 1903, le pronostic est relativement favorable et susceptible d'être amélioré par l'intervention chirurgicale » (2). Pour Pelas, les états dépressifs recueillaient aussi les meilleurs effets de l'intervention opératoire: « L'intervention chirurgicale, dit-il, est surtout efficace au point de vue mental dans les états caractérisés par la dépression des facultés, dans les diverses formes de la mélancolie » (3).

Le mélancolique infecté ne tarde donc pas à recueillir de l'intervention opératoire sur son foyer infectieux les plus heureux effets; sa guérison survient le plus souvent d'une façon rapide,

(1) RÉGIS, Dictionnaire Dechambre; déjà cité.

(2) L. PICQUÉ et BRIAND, Études des psychoses post-opératoires. *Archives de neurologie*, mars 1903.

(3) PELAS, *Chirurgie des aliénés*, par PICQUÉ et DAGONET, t. I, Rôle de la chirurgie dans l'étiologie et le traitement de l'aliénation mentale, p. 354.

et si dans certains cas, le retour à la santé s'effectue avec lenteur, il n'y a pas lieu d'en être surpris, l'intoxication de l'organisme, cause de l'état mélancolique, pouvant être aussi longue à disparaître que l'avaient été à se développer et à s'aggraver les lésions infectieuses. Aussi y a-t-il le plus grand intérêt, pour le malade, à ce que le diagnostic de l'infection chronique soit porté rapidement, la rapidité de la guérison et même parfois la possibilité de la seule amélioration paraissant dépendre de la promptitude de l'intervention chirurgicale. Dans bien des cas où l'état mélancolique n'a subi aucun changement du fait du traitement opératoire l'insuccès était dû à un trop grand retard dans le traitement par suite d'un diagnostic étiologique trop tardif, et parmi ces malades opérés à la période d' incurabilité, « beaucoup auraient guéri si on avait fait un traitement avant que la détérioration mentale ne fût complète ».

Voici l'observation d'une malade mélancolique et infectée rapportée par Privat, chez laquelle un traitement trop tardif ne put apporter aucune amélioration.

OBSERVATION XXII (obs. XXVIII de Privat, p. 146). — Eulalie T..., trente-six ans, entrée le 26 août 1903, à l'asile Sainte-Anne.

Antécédents héréditaires. — Mère actuellement en traitement à l'asile de Villejuif.

Antécédents personnels. — Aucune maladie grave antérieure.

Deux accouchements à terme et trois fausses couches.

Après toutes ses couches, la malade aurait eu de la fièvre et de l'albumine dans les urines (accouchement à domicile toutes les fois).

Première grossesse terminée par une fausse couche de sept mois, en août 1888. Depuis ce premier accouchement, la malade avait une descente de matrice et portait un pessaire.

Deuxième grossesse terminée par une fausse couche de huit mois en 1889.

Troisième grossesse, accouchement à terme, le 14 février 1891, petite fille bien portante, morte du croup à l'âge de vingt-sept mois.

Quatrième accouchement en 1892, enfant mort-né.

Cinquième et dernier accouchement en septembre 1902, enfant bien portant, le seul qui soit vivant. Lorsqu'il est venu au monde, cet enfant avait une grosse tête, et la nourrice a dit qu'il avait la tête pleine d'eau (hydrocéphalie probable).

Pendant sa dernière grossesse la malade a perdu des eaux trois mois et demi avant l'accouchement.

Quelque temps après, trois mois avant son accouchement en juin, son caractère était devenu bizarre, triste. Ces idées ont disparu

après l'accouchement, et la malade n'a commencé à délirer que cinq mois après, au commencement du mois de mars 1903.

Le 25 mars elle a fait une tentative de suicide, elle a cherché à s'empoisonner avec de la teinture d'iode. Consécutivement la malade a fait deux nouvelles tentatives d'empoisonnement avec du laudanum et du phosphore.

26 août 1903. — La malade entre à l'asile Sainte-Anne avec le certificat suivant :

Certificat de placement : « Est atteinte depuis six mois environ de troubles mentaux caractérisés par les symptômes suivants : la malade, qui aurait tenté de s'empoisonner par trois fois, a des hallucinations de la vue et de l'ouïe, se croit persécutée par ses voisins, et voit toujours des gendarmes devant elle se présentant pour l'arrêter. Actuellement elle est dans une dépression mélancolique pleine et refuse de parler.

(Dr Lacroix). »

27 août. — Certificat immédiat : « *Délire mélancolique*, mutisme, tentative de suicide, a voulu boire du laudanum ; mère actuellement en traitement à Villejuif.

(Dr Dagonet). »

3 septembre. — La malade entre au Pavillon de chirurgie, service de M. Picqué.

A l'examen on trouve un utérus assez gros, mobile. Le cavité utérine mesure 8 centimètres. La lèvre antérieure du col est hypertrophiée. Peu de lésions de la muqueuse. Rien aux annexes. T. du soir, 37°,8.

4 septembre. — M. Picqué pratique le curettage qui ramène beaucoup de fongosités. Résection de la lèvre antérieure du col en totalité. T. du matin, 37°,8 ; soir, 37°,2.

Suites opératoires normales, absence de fièvre.

17 septembre. — La malade quitte le Pavillon de chirurgie, paraissant améliorée au point de vue mental.

5 février 1904. — Cette malade est encore actuellement dans le service de M. le Dr Dubuisson. Elle est toujours *mélancolique* et réticente : les idées de suicide n'ont pas encore complètement disparu. Dans son délire, elle accuse son mari de lui avoir fait faire des avortements. Elle se préoccupe beaucoup de sa fille et fait certains ouvrages de couture pour elle. Dans ses écrits on trouve quelques tendances mystiques.

Cette malade est cependant beaucoup plus calme qu'au moment de son arrivée. Au début elle avait des périodes d'excitation avec impulsion. Actuellement elle est tranquille. L'état général est excellent et la malade a engraisé depuis son entrée dans le service.

Réflexions. — « L'existence de l'infection, dit Privat, chez cette malade n'est pas douteux. Mais on est intervenu tardivement, un an après l'accouchement, et c'est là vraisemblablement la cause de l'insuccès. »

La persistance et l'aggravation d'un état mélancolique, malgré

la guérison de l'infection, est donc attribuable, dans certains cas, à la trop longue action du processus infectieux et au retard de l'intervention qui n'a été pratiquée qu'après une détérioration trop complétede l'état mental.

Serrigny (1), étudiant dans sa thèse les infections utérines comme causes de troubles mentaux, concluait que lorsque l'affection somatique était trop ancienne le délire avait peu de chances de se modifier, Hobbs professait une opinion identique. Dans les cas où le traitement n'a eu aucun bon résultat il est possible qu'il persiste « des lésions des cellules de l'écorce qu'une technique perfectionnée nous permettra un jour de découvrir : ces lésions ; déterminées par les agents infectieux ou par leurs produits de sécrétion, doivent persister après la destruction ou l'élimination de ces derniers, ce qui expliquerait assez naturellement la survivance des troubles mentaux » (2).

Dans certains cas la persistance de l'état mélancolique relève, non de la trop longue durée de l'infection, mais de la persistance d'un foyer inflammatoire resté inaperçu de l'opérateur et insuffisamment traité.

« Il arrive en effet quelquefois que, malgré les soins dont on entoure les manœuvres opératoires, de nombreux microbes persistent à séjourner... et provoquent une nouvelle infection » (3). Une nouvelle et radicale intervention sur l'affection organique amène alors en général la disparition complète des troubles psychiques.

Enfin un troisième motif d'insuccès de l'opération peut être le degré extrême de la prédisposition vésanique de certains sujets qui les empêche de retirer, au point de vue mental, d'une intervention rationnelle sur leur affection somatique, tous les bénéfices. L'infection a bien chez eux amorcé le délire, mais sa disparition ne peut plus les en débarrasser.

C'est dans « ces cas, où l'état mental oppose au traitement ordinaire une résistance particulièrement longue et qui semble le différencier de l'état somatique », qu'il nous faut admettre « que l'état psychique, après n'avoir été pendant longtemps que le reflet de l'état des organes, a fini par prendre une existence

(1) SERRIGNY, Psychose génitale, troubles mentaux dépendant des affections utérines. Thèse de Lyon, 1896.

(2) GILBERT-BALLET, *Psychose et affections nerveuses*, 1897. Les psychoses puerpérales. Déjà cité.

(3) *La neurasthénie appendiculaire*, par M. le Dr BENI-BARDE. Déjà cité, p 421,

personnelle, par se constituer une sorte d'indépendance » (1).

Néanmoins, malgré quelques cas exceptionnels d'insuccès, très explicables, comme nous venons de le voir, soit par la durée de l'infection restée trop longtemps méconnue, soit par la survivance post-opératoire d'un foyer infectieux passé inaperçu, soit enfin par la persistance d'un trouble mental qui, amorcé par l'infection, n'en a pas moins pris une existence indépendante, du fait de la prédisposition très grande du sujet, le pronostic des états mélancoliques liés à l'infection chronique de nature chirurgicale n'en reste pas moins favorable à condition que le traitement soit appliqué judicieusement. Les résultats rapportés dans nos observations ne laissent aucun doute à ce sujet.

Mais si l'état mélancolique apparu au cours d'une infection chronique disparaît avec le traitement rationnel et la guérison de la lésion organique, nous ne pouvons en conclure qu'un délire quelconque ou même un état mélancolique analogue ne surviendra pas un jour chez ces malades.

« Dans aucun cas de mélancolie, on ne peut pas dire, affirment Soukharoff et Gannouchkine, avec assurance tant soit peu complète, que la maladie n'aura pas de récurrence (2) ». Nous avons établi que nos malades n'étaient devenus mélancoliques à l'occasion d'une infection, que parce qu'ils présentaient une prédisposition vésanique; cette prédisposition, ils l'ont conservée, malgré la guérison de leur état organique, et aucune thérapeutique ne pourrait la leur enlever; rien d'étonnant, par conséquent, à ce que sur ce terrain favorable d'autres influences que l'infection viennent un jour faire éclore soit un nouvel état mélancolique, soit d'autres troubles délirants. Cette rechute ne peut en rien amoindrir, au cas où elle se produit, la valeur du résultat obtenu par le traitement rationnel de l'infection chirurgicale, lors du premier état mélancolique et comme le dit si nettement M. Picqué (3) : « Les rechutes ne sauraient amoindrir la valeur des résultats obtenus et leur interprétation quand les malades ont vu nettement disparaître le délire après l'intervention. Quelle que soit la cause d'un délire, celui-ci ne peut se produire que si le malade y est prédisposé, que si son cerveau présente une aptitude au délire. Or, dans l'hypothèse

(1) MAURICE DE FLEURY, Les grands symptômes neurasthéniques. Déjà cité.

(2) SERGE SOUKHANOFF et PIERRE GANNOUCHKINE. Travail de la clinique psychiatrique, de Moscou, Déjà cité.

(3) *Chirurgie des aliénés*, par L. PICQUÉ et DAGONET, t. V, *Du délire infectieux*. Communication faite à la Société médico-psychologique, 1905.

actuelle, une infection périphérique a produit le délire, le malade est opéré et il guérit de son délire avec la suppression du foyer infectieux; il n'en conserve pas moins l'aptitude à délirer sous l'influence d'une autre cause. » Mais quel que soit l'avenir plus ou moins lointain de certains de nos malades, en admettant que, après leur guérison, certains d'entre eux doivent redevenir mélancoliques sous l'influence d'une nouvelle infection, d'un choc moral, ou de toute autre cause, « on ne pourra néanmoins jamais contester que « l'état mélancolique » qui avait amené le malade à l'asile a disparu sous l'influence de l'intervention, et que celle-ci, faite en temps utile, a empêché l'affection mentale de devenir peut-être incurable ».

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Les malades, qui, au cours d'un état infectieux chronique d'origine chirurgicale, deviennent mélancoliques, sont des malades d'asile. M. Picqué a bien expliqué les motifs qui nécessitent leur internement lorsqu'il a opposé aux délires de la septicémie puerpérale, délires d'hôpital, les délires de la folie puerpérale, délires qui sont en relation avec une infection chronique génitale et relèvent d'un traitement d'asile.

L'internement de ces malades est d'ailleurs d'autant plus nécessaire qu'en général la lésion organique est encore ignorée au moment où l'état mélancolique nécessite déjà d'une façon urgente une surveillance et des soins qui ne peuvent se trouver dans un hôpital ordinaire.

C'est donc, le plus souvent, à l'asile qu'un examen physique approfondi du malade permet de découvrir l'état infectieux chronique. Le médecin aliéniste prendra aussitôt toutes les mesures nécessaires pour que les lésions somatiques soient convenablement et rapidement traitées. Dans les asiles de province où les aliénés ne peuvent qu'assez difficilement bénéficier de tous les services de la chirurgie, certaines lésions infectieuses, telles que les lésions génitales, pourront recueillir du simple traitement antiseptique de très heureux effets; les observations publiées dans la thèse de Verhaghe, observations que nous avons rapportées, ne laissent aucun doute à ce sujet. Dans les asiles de la Seine, les malades mélancoliques, soumis à une infection chronique, auront le grand avantage de pouvoir être rapidement dirigés sur le Pavillon de chirurgie de l'asile clinique, où l'intervention sera toujours pratiquée dans les meilleures conditions.

Déjà en 1838, Esquirol avait entrevu les bénéfices que certains aliénés pourraient retirer de l'intervention chirurgicale: « Il convient, disait-il, de débarrasser les aliénés de leurs infirmités physiques »; dans un autre passage de son traité des maladies mentales il s'exprimait encore dans le même sens: « Supposons

la nature des causes pathologiques qui ont produit la mélancolie bien connue, les vues thérapeutiques seront dirigées d'après cette connaissance. Il serait superflu d'entrer dans les détails, les praticiens savent qu'ils ont souvent affaire à des mélancolies dépendantes de causes semblables » (1).

Les partisans de la folie sympathique préconisèrent le traitement rationnel de l'état somatique : « Le traitement de la folie sympathique, pour être logique, doit s'adresser évidemment à la lésion organique qui a été le point de départ des accidents cérébraux. Les exemples de guérison simultanée de la lésion organique et de l'aliénation qui lui était liée ne sont pas rares » (2).

A notre époque qui a vu, suivant l'expression de M. Picqué, « la chirurgie démontrer d'une façon irréfutable l'origine somatique de certains délires » (3), les malades mélancoliques, soumis à une infection chirurgicale chronique, cause importante de leur trouble psychique, doivent être admis à bénéficier d'une intervention rationnelle sur leur lésion somatique, car, comme le disait Privat (4), « quand bien même, dans certains cas, la prédisposition morbide passe au premier rang, la poursuite de la cause occasionnelle n'est point une tentative vaine, car si nous ne pouvons rien contre le fond de la dégénérescence mentale, nous sommes bien mieux armés pour combattre une infection ».

Aux soins chirurgicaux sur le foyer infectieux ne se bornera pas le traitement de ces malades. On n'oubliera pas qu'après avoir traité l'affection physique il reste à se préoccuper aussi de l'état d'esprit du malade sur lequel on essaiera d'exercer par des encouragements, une bonne influence. Cette psychothérapie, que M. Picqué a toujours soin d'employer dans le traitement de pareils cas, doit donner les meilleurs résultats et compléter d'une façon heureuse les effets de l'opération chirurgicale, car « dans la mélancolie, l'action morale du médecin est toujours utile et parfois très efficace » (5). Le régime alimentaire sera longtemps surveillé chez ces malades chez lesquels on facilitera aussi la diurèse et les fonctions des diverses glandes antitoxiques.

(1) ESQUIROL, *Des maladies mentales*, 1838, p. 477.

(2) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Dechambre, 1883. Déjà cité, p. 697.

(3) L. PICQUÉ, *Archives internationales de chirurgie appliquée aux aliénés et de psychothérapeutique chirurgicale*.

(4) PRIVAT DE FORTUNIÉ, *Etude sur les délires post-partum*. Déjà cité, p. 171.

(5) ANGLADE, cité dans Gilbert-Ballet, p. 34, *Traité de pathologie mentale*.

CONCLUSIONS

1° L'infection chronique d'origine chirurgicale peut, au même titre que d'autres affections somatiques, déterminer, chez certains sujets, l'apparition d'un état mélancolique.

2° La condition qui nous paraît indispensable au développement de l'état mélancolique chez le sujet infecté est la prédisposition de ce malade aux troubles mentaux.

3° Le rôle de l'infection repose sur la coïncidence de l'état mélancolique et de la lésion organique inflammatoire sur leur évolution parallèle, enfin sur la guérison ou tout au moins l'amélioration qui survient dans l'état mental par le traitement curatif de l'état somatique.

4° La forme clinique assez variable, que revêt l'état mélancolique lié à une infection chronique chirurgicale, paraît surtout dépendre du degré d'influence des deux principaux facteurs du trouble psychique, l'infection et la prédisposition, la maladie et le malade. Le plus souvent on observe une dépression ou un délire mélancolique, beaucoup plus rarement de la mélancolie anxieuse. Dans certains cas la dépression peut alterner avec des phases d'excitation. Un certain degré de confusion mentale, ajouté à la dépression ou au délire mélancolique, nous paraît relever d'une poussée aiguë survenue passagèrement dans l'état chronique infectieux.

5° L'état mélancolique, en rapport avec l'infection chronique chirurgicale, que celle-ci soit localisée dans les organes génitaux, dans le tube digestif ou dans tout autre organe, doit être diagnostiqué de la confusion mentale, le plus souvent en rapport avec les formes aiguës de l'infection, de la neurasthénie liée très fréquemment à des lésions organiques et cachées, et des divers états mélancoliques, symptomatiques soit d'une paralysie générale, soit d'une psychose périodique, etc.

La constatation de la lésion organique infectieuse, révélée par l'examen physique du sujet, jointe à ses antécédents, permettra d'ailleurs de porter le diagnostic positif d'état mélancolique lié à une infection chirurgicale.

6° Le pronostic du trouble mental, qui dépend non seulement

de la rapidité des soins apportés au traitement de la lésion organique mais encore du degré de prédisposition du sujet, est le plus souvent favorable.

7° Le traitement de l'état mélancolique, lié à une infection chronique chirurgicale, comporte l'intervention opératoire sur le foyer infectieux et consécutivement le séjour du malade dans un asile où, grâce à la continuation, durant quelque temps, de soins physiques, et à l'influence morale exercée sur son esprit par le médecin aliéniste, sa guérison s'opère dans les meilleures conditions.

8° L'inefficacité du traitement chirurgical, qui est exceptionnelle, peut s'expliquer soit par le retard de l'intervention, pratiquée alors que « la détérioration mentale était devenue complète », soit par l'extrême prédisposition du sujet aux troubles psychiques. En tout cas, elle ne pourrait nullement prouver la non relation de l'état mélancolique avec l'état infectieux.

9° Le sujet guéri, à la suite d'une intervention chirurgicale sur sa lésion infectieuse, d'un état mélancolique, peut présenter, dans le reste de son existence, de nouveaux troubles mentaux. Ces rechutes, provoquées par de nouvelles causes occasionnelles, n'affaiblissent en rien l'importance du rôle qu'avait joué l'infection chronique dans l'étiologie du premier accès, ni la valeur des résultats de l'opération qui avait amené la guérison simultanée du trouble physique et du trouble mental.

10° Chez tous les mélancoliques, on recherchera les lésions infectieuses chroniques d'origine chirurgicale, car, s'il importe en général « de débarrasser les aliénés de leurs infirmités physiques », comme le recommandait Esquirol, à plus forte raison convient-il de supprimer chez eux les affections organiques qui paraissent être la cause du trouble mental lui-même.

11° L'infection chronique chirurgicale doit avoir sa place dans l'étiologie du syndrome mélancolique.

Le Président de Thèse,
A. JOFFROY.

VU :

Le Doyen,
L. LANDOUZY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTHEAUME, Les psychoses périodiques, 1907. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Genève-Lausanne, août 1907.
- ASHMEAD, Mélancolie dans la lèpre. *The alienist and neurologist*, juillet 1898, vol. XIX, p. 431.
- AZAM, De la folie sympathique provoquée ou entretenue par les lésions organiques de l'utérus et de ses annexes. Bordeaux, 1858.
- BENI-BARDE, De la neurasthénie appendiculaire. *Progrès médical*, 2 décembre 1905.
- BETTENCOURT-RODRIGUEZ, de Lisbonne, De l'influence des phénomènes d'auto-intoxication et de la dilatation de l'estomac dans les formes dépressives et mélancoliques. Congrès international de médecine mentale, Paris, 1889.
- F. BOISSIER, Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressives considérées dans leurs rapports réciproques. Thèse de Paris, 1894.
- BONET (THÉODORE), *Sepulchretum sine anatomia practica* (1700).
- BOUCHARD, Auto-intoxications passagères ou aiguës d'origine intestinale, p. 148. — *Pathologie générale*, t. II, p. 204, article l'Injection, par A. Charrin.
- CAPGRAS (J.), Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile. Thèse de Paris, 1900, p. 92.
- FRANCESCO CASCELLA, Contribution aux psychopathies blennorragiques. *Reforma medica*, an. XVII, vol. II, p. 39, 5 avril 1900.
- ADRIEN CHATENET, De la mélancolie dans ses rapports avec les maladies utérines. Thèse de Paris, juin 1893.
- J. COTARD, *Maladies cérébrales*, 1891. Aliénation mentale et diabète, p. 305.
- DENY et CAMUS, La psychose maniaque dépressive, 1907.
- DUPOUX, Psychoses puerpérales et processus d'auto-intoxication. Thèse de Paris, 1904-05.
- E. DUPRÉ, article Paralyse générale progressive, in *Traité de pathologie mentale* de Gilbert-Ballet, p. 978.
- A. ELSHOLZ, Les psychoses dans la cachexie carcinomateuse. *Zahrbücher für Psychiatrie*, vol. XVII, p. 144, 1898.
- ESQUIROL, Des maladies mentales, 1838, p. 436, 465, 477.
- FEYAT, De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque. Étude de pathologie nerveuse et mentale. Thèse de Lyon, 1890.
- MAURICE DE FLEURY, Les grands symptômes neurasthéniques, 1901.
- GILBERT, LEREBoullet et COLOLIAN, Origine biliaire de la mélancolie, 1904.
- GILBERT-BALLET, Traité de pathologie mentale, 1903, p. 314.
- *Psychoses et affections nerveuses*, 1897. Les psychoses puerpérales, p. 114.
- GILBERT-BALLET, BORDAS et ROUBINOVITCH, Congrès annuel de médecine mentale, La Rochelle, 1893. Contribution à l'étude des auto-intoxications dans les maladies mentales.

- GILLES DE LA TOURETTE, Les états neurasthéniques. *Actualités médicales*, J.-B. Baillière, 1900.
- GUISLAIN, Traité de l'aliénation mentale, t. I, 1826.
- HAMMOND, Abscès du foie, leur association avec l'hypocondrie et leur traitement. *Gazette hebdomadaire*, 1880.
- HIPPOCRATE, Œuvres complètes, traduction franç. Ed. Littré, 1839 à 1853.
- HOBBS, 1^o Rapports de la folie et des affections pelviennes chez la femme. Communication à la 65^e réunion annuelle de l'Association médicale de la Grande-Bretagne, tenue à Montréal, septembre 1897.
- 2^o De l'infection des plaies comme facteur causal de folie. *American Journal of insanity*, juillet 1899.
- IDANOFF, de Moscou, Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale. *Annales médico-psychologiques*, 7^e série, t. XVII, mars 1893.
- JOFFROY, De la folie brightique. *Bulletin médical*, 1891 et 1894, p. 109 et 1019.
- JUQUELIER, Contribution à l'étude des délires par auto-intoxication. *Thèse de Paris*, 1903.
- KIRN, Psychoses d'origine influençique. *Allgemeine Zeitsch f. Psychiatrie*, 1891.
- MM. LABZINE. Des altérations anatomo-pathologiques des capsules surrénales au cours de l'infection streptococcique. *Archives des sciences biologiques*, publiées par l'Institut impérial de médecine expérimentale de Saint-Petersbourg.
- KRAFFT-EBING, Traité de psychiatrie, 1897, pages 357 et 363.
- LEGRAIN, Congrès de la Rochelle, 1893. Signes cliniques des folies par auto-intoxication.
- LEGRAND DU SAULLE, in *Gazette des hôpitaux*, 1877.
- LOISEAU, Folie sympathique. *Thèse de Paris*, 1856.
- MAGNAN, De la folie intermittente, Recherches sur les centres nerveux, 2^e série. Paris Masson, édit. 1893, p. 479.
- MAGNAN et LEGRAIN, Les dégénérés, 1895.
- MASSELOU, La mélancolie, 1906, pages 16, 17, 254 et 258.
- CH. R. MILLS, Rapport des maladies infectieuses avec les affections mentales (the relations of infectious processes to mental disease). *The American Journal of the medical sciences*, novembre 1894, p. 504.
- PELAS, in *Chirurgie des aliénés*, par L. Picqué et Dagonet, t. I, Rôle de la chirurgie dans l'étiologie et le traitement de l'aliénation mentale, p. 354. Thèse présentée pour le doctorat en médecine.
- L. PICQUÉ, Du délire infectieux, in *Chirurgie des aliénés*, par Picqué et Dagonet, t. V; communication faite à la Société médico-psychologique, 1905.
- Infections latentes d'origine utérine. *Revue de psychiatrie*, janvier 1905, n^o 1, p. 11 et 12.
- Ce que doit être à notre époque la chirurgie des aliénés. Extrait de la *Revue de psychiatrie*, mars 1907.
- « In Archives internationales de chirurgie appliquée aux aliénés et de Psychothérapeutique chirurgicale » (publication encore inédite).
- L. PICQUÉ et BRIAND, Etude des psychoses post-opératoires. *Archives de Neurologie*, mars 1903.
- PRIVAT DE FORTUNIE, Étude sur les délires post-partum. *Thèse de Paris*, 1904.
- F. RAYMOND, Névroses et Psycho-névroses. *Encéphale*, 2^e année, n^o 1, janvier 1907.
- Neurasthénie-Syndrome. *Bulletin médical*, 20 mars 1907.
- RAYMOND et GUILLAIN, Névrite ascendante consécutive à l'appendicite. *Revue neurologique*, 1905, p. 532.
- E. RÉGIS, *Précis de Psychiatrie*, 1906, p. 95, 504, 510 et 512.
- « Folie sympathique » in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Dechambre, 1883, p. 692, 697, 703.
- Psychasténie et délire. Communication faite au Congrès des médecins

- aliénistes de France et des pays de langue latine, Genève-Lausanne 1907.
- E. RÉGIS et CHEVALIER-LAURE. Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Congrès annuel de médecine mentale tenu à la Rochelle 1893.
- JEAN-CH. ROUX, La dyspepsie appendiculaire. *La Clinique*, 31 mai 1907.
- SERRIGNY, Psychose génitale. Troubles mentaux dépendant des affections utérines. *Thèse* de Lyon, 1896.
- ANDRÉ SOLIRÈNE, Complications nerveuses des appendicites. *Thèse* de Paris, 1906.
- SERGE SOUKHANOFF et PIERRE GANNOUCHKINE, Travail de la clinique psychiatrique de Moscou. *Annales médico-psychologiques* 1903, p. 230 et 231.
- N. TIBERTI, Sur l'activité sécrétoire de la glande thyroïde dans quelques conditions morbides. *La Sperimentale*, 1905.
- TOULOUSE, Les troubles mentaux de l'urémie. *Gazette des hôpitaux*, 1894.
- CH. VALLON et A. MARIE, Le délire mélancolique. *Archives de Neurologie*, mai 1898, vol. V.
- VERHÈGHE, Considérations sur la fréquence des troubles génitaux chez les aliénées et leur rôle en pathologie mentale. *Thèse* de Lille, 1907.
- VIEUSSENS, Oeuvres complètes, t. III.
- A. VIGOUROUX et A. DELMAS, Fréquence et pathogénie des ictus terminaux dans la paralysie générale. *Revue de Psychiatrie*, juillet 1907.

2488-08. — CORBEIL. IMPRIMERIE ÉD. CRÉTÉ
